

# SO\_GERICHTE VSBES.2019.109 vom 7. März 2019

SO Obergericht, 2019-03-07, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2019.109](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2019.109)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2019.109 du 7 mars 2019

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2019.109 del 7 marzo 2019

## Erwägungen

### E. 1

1.1 Der 1987 geborene A.\_\_\_\_ (im Folgenden: Beschwerdeführer) arbeitete zuletzt seit dem 6. Mai 2013 als gelernter Drucktechnologe in der B.\_\_\_\_, [...], wobei das Arbeitsverhältnis von der Arbeitgeberin auf den 30. November 2013 aufgelöst wurde (IV-St. Beleg Nr. [IV-Nr.] 1 und 7). Ab dem 25. September 2013 wurde er von seiner Hausärztin, Dr. med. C.\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, wegen eines psychischen Leidens zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben (IV-Nr. 4 f.). In der Folge war der Beschwerdeführer nicht mehr erwerbstätig. Seit dem 13. Dezember 2013 befindet er sich in ambulanter Psychotherapie bei lic. phil. D.\_\_\_\_, Psychologe FSP (IV-Nr. 23 S. 9 ff.). Am 14. Januar 2015 wurde der Beschwerdeführer im Auftrag seiner Krankentaggeldversichererin (E.\_\_\_\_) von Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, psychiatrisch untersucht (Bericht vom 19. Februar 2015, IV-Nr. 18 S. 9 ff.). Am 4. März 2015 (Eingang bei der IV-Stelle) erfolgte die Anmeldung bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug (IV-Nr. 14). Mit Eingabe vom 16. Juli 2015 ersuchte der Beschwerdeführer die IV um Übernahme der Kosten für die am 27. August 2015 beginnende einjährige Ausbildung (Intensivlehrgang) zum Technischen Kaufmann an der G.\_\_\_\_, [...] (IV-Nr. 31 ff.). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren lehnte die IV-Stelle des Kantons Solothurn (im Folgenden: Beschwerdegegnerin) den Anspruch des Beschwerdeführers auf berufliche Eingliederungsmassnahmen (Weiterbildung zum Technischen Kaufmann) mit Verfügung vom 15. Dezember 2015 ab (IV-Nr. 40). Die dagegen erhobene Beschwerde wies das Versicherungsgericht des Kantons Solothurn (im Folgenden: Versicherungsgericht) mit rechtskräftigem Urteil vom 18. Juli 2016 (VSBES.2015.328) ab (IV-Nr. 57 S. 2 ff.). 1.2 Am 11. November 2016 wandte sich der Beschwerdeführer erneut an die Beschwerdegegnerin und reichte ihr eine Kopie des von der G.\_\_\_\_ nach bestandener Prüfung erhaltenen Diploms als Technischer Kaufmann ein; gleichzeitig legte er ein Notenblatt betreffend nichtbestandener «Berufsprüfung Technische Kaufleute mit eidg. Fachausweis» bei, wobei er sich erkundigte, ob er die Eidgenössische Prüfung nochmals absolvieren könne und dafür von der IV Taggelder erhalte (IV-Nr. 58). In der Folge veranlasste die Beschwerdegegnerin eine bidisziplinäre (rheumatologische und psychiatrische) Begutachtung bei Dr. med. H.\_\_\_\_, FMH Innere Medizin und Rheumaerkrankungen, und Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, welche wegen verweigerter Urinabgabe nicht durchgeführt werden konnte (IV-Nr. 70 und 73). Daraufhin forderte die Beschwerdegegnerin den Beschwerdeführer im Rahmen eines Mahn- und Bedenkzeitverfahrens auf, die Urin- und Blutproben auf der IV-Stelle Solothurn abzugeben, ansonsten der Leistungsanspruch nicht geprüft werden könne (IV-Nr. 74). Am 18. September 2017 veranlasste die Beschwerdegegnerin erneut eine bidisziplinäre (rheumatologische und psychiatrische) Begutachtung bei Dr. med. J.\_\_\_\_,

FMH für Rheumatologie, Physikalische Medizin und Rehabilitation, sowie pract. med. K.\_\_\_\_, FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, welche am 19. und 24. Oktober 2017 durchgeführt wurde (Gutachten vom 19. Oktober und 17. November 2017, IV-Nr. 84 f.). Dazu nahm der behandelnde Psychologe, lic. phil. D.\_\_\_\_, am 25. Januar 2018 Stellung (IV-Nr. 88). Am 5. April 2018 äusserte sich der Regionale Ärztliche Dienst (RAD; Dr. med. L.\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie FMH; IV-Nr. 91). Mit Vorbescheid vom 3. Mai 2018 stellte die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer in Aussicht, den Anspruch auf berufliche Eingliederungsmassnahmen sowie eine Invalidenrente abzuweisen (IV-Nr. 92). Mit Einwand vom 25. Juni 2018 liess der Beschwerdeführer eine psychiatrische Stellungnahme von Dr. med. F.\_\_\_\_ vom 12. Juni 2018 einreichen (IV-Nr. 98). Nach Rücksprache mit dem RAD forderte die Beschwerdegegnerin den Beschwerdeführer mit Schreiben vom 14. Januar 2019 erneut im Rahmen eines Mahn- und Bedenkzeitverfahrens auf, bis zum 15. Februar 2019 einen schriftlichen Behandlungsplan für den Suchtmittelentzug und die anschliessende Entwöhnungsbehandlung zuzustellen. Im Weiteren sei ab März 2019 monatlich der Nachweis einer negativen Urinprobe zu erbringen; der Abstinenznachweis müsse für mindestens sechs Monate in Folge erbracht werden (IV-Nr. 103). Die Hausärztin teilte der Beschwerdegegnerin mit Schreiben vom 21. Februar 2019 die Umstände mit, weshalb der Beschwerdeführer die Urinkontrollen nicht durchführen könne (IV-Nr. 107).

1.3 Mit Verfügung vom 7. März 2019 lehnte die Beschwerdegegnerin den Anspruch des Beschwerdeführers auf berufliche Eingliederungsmassnahmen sowie eine Invalidenrente ab. Dies wurde im Wesentlichen damit begründet, der Anspruch auf weitere berufliche Massnahmen sei bereits mit Verfügung vom 15. Dezember 2015 rechtskräftig abgewiesen worden. Im Anschluss sei eine psychiatrisch-rheumatologische Abklärung in Auftrag gegeben worden. Aus rheumatologischer Sicht sei keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt worden. Der psychiatrische Gutachter habe festgestellt, dass der Beschwerdeführer seit Ende 2012 nicht arbeitsfähig sei. Grund dafür sei der fortgesetzte schädliche Cannabiskonsum (F12.1), die dadurch bedingte Persönlichkeits- und Verhaltensstörung (F12.71) sowie ein residualaffektives Zustandsbild (F12.72). Der Cannabiskonsum sei bei nicht belegter Vordiagnose als primärer Suchtmittelkonsum zu werten. Die bisherige Therapie sei nicht angemessen gewesen. Um allfällige invalidisierende Folgeschäden überhaupt beurteilen zu können, müsste der Beschwerdeführer mindestens sechs Monate abstinent bleiben. Ein Entzug und die folgende Abstinenz seien ihm im Rahmen der Schadenminderungspflicht zuzumuten. Gemäss seiner Aussage stehe eine Abstinenz für ihn nicht zur Diskussion. Ein invalidisierender Gesundheitsschaden sei nicht ausgewiesen. Zum Einwand des Beschwerdeführers wurde sodann dargelegt, ein schriftlicher Behandlungsplan für den Suchtmittelentzug und die anschliessende Entwöhnungsbehandlung sei bis zum 15. Februar 2019 nicht zugestellt worden. Die Auflagen gemäss Mahn- und Bedenkzeitverfahren seien nicht erfüllt worden, weshalb die Säumnisfolgen zur Anwendung gelangten. Der Entscheid werde aufgrund der vorhandenen Akten gefällt. Daraus ergebe sich, dass die gesundheitliche Einschränkung in erster Linie auf den Cannabiskonsum zurückzuführen sei. Da der Beschwerdeführer den geforderten Auflagen zur Abstinenz nicht nachgekommen sei, könne die Auswirkung allfälliger Folgeschäden nicht abgeklärt werden. Es werde davon ausgegangen, dass im Falle einer Abstinenz eine volle Arbeitsfähigkeit bestehen würde. Daraus folge, dass kein Leistungsanspruch bestehe. Es sei auf das aktuellere Gutachten von pract. med. K.\_\_\_\_ vom 17. November 2017 abzustellen (IV-Nr. 109; Aktenseiten [A.S.] 1 ff.).

## **E. 2**

Dem Beschwerdeführer seien die gesetzlichen IV-Leistungen auszurichten (IV-Rente).

## **E. 3**

Eventualiter: Es sei die Beschwerdesache zur ergänzenden medizinischen Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

### **E. 3.10**

3.10.1 Dem im Rahmen der bidisziplinären Begutachtung erstatteten rheumatologischen Teilgutachten von Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie, Physikalische Medizin und Rehabilitation, vom 19. Oktober 2017 können aus rheumatologischer Sicht keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit entnommen werden. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden ein intermittierendes thorakal betontes vertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.8), mässiggradige Senk-/Spreizfüsse beidseits sowie eine phasenweise auftretende Migräne angegeben. Im Rahmen der Beurteilung wurde ausgeführt, beim 1987 geborenen Exploranden konzentrierten sich die medizinischen Probleme und Diagnosen in den letzten Jahren hauptsächlich im Bereich der Psychiatrie. Psychiatrisch, aber auch hausärztlich seien u.a. folgende Diagnosen erwähnt worden: Persönlichkeitsstörung, teils auch narzisstische oder paranoide Wesenszüge. Internistisch bzw. aus dem Bereich des Bewegungsapparats bestünden zwar verschiedene loko-regionale Schmerzepisoden, diese seien in der retrospektiven Gesamtschau aber nur als leichtgradig einzuschätzen. Der Explorand berichte über Schulterschmerzen rechts anlässlich des Militärdienstes in den Jahren 2013 und 2014, welche aktuell kaum mehr vorhanden seien. Auch in der gezielten Schulteruntersuchung finde man aktuell keine Pathologie, insbesondere keinen Hinweis auf eine Impingementsymptomatik oder eine andere Schädigung/Funktionseinschränkung im Schulterbereich. Auf eine Bildgebung sei deshalb verzichtet worden. Die aktuelle rheumatologische Untersuchung zeige eine geringe vertebrale Skoliose, welche möglicherweise (aber keineswegs obligat) an der Schmerzauslösung mitbeteiligt sei. Man finde zudem deutliche Hinweise auf eine muskuläre Insuffizienz (auffälliges Zittern). Die Röntgenbilder zeigten übereinstimmend zur Untersuchung eine geringgradige Fehlstatik, blieben sonst aber unauffällig. Insbesondere finde man keine degenerativen Veränderungen. Die phasenweise auftretenden Schmerzepisoden seien somit funktionell und muskulär zu interpretieren und hätten eine geringe Bedeutung bezüglich der Belastungsfähigkeit im Alltag. Es bestünden leichtgradige Senk-/Spreizfüsse, welche gut kompensiert seien. Der Explorand beklage diesbezüglich keine Beschwerden. Es seien deshalb keine Massnahmen nötig. Eine Arbeitsunfähigkeit ergebe sich daraus nicht. Zudem liege wahrscheinlich eine Migräne vor: Der beschriebene Schmerzcharakter, die Lokalisation und die Mitbeteiligung der Augen deute auf dieses Krankheitsbild. Die Beschwerden seien gesamthaft zu gering, als dass dadurch eine Arbeitsunfähigkeit abgeleitet werden müsste. Zusammengefasst ergäben sich aus rheumatologischer Sicht keinerlei Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit. Im Hinblick auf die geringgradige Fehlhaltung sowie die aktuell muskuläre Dekonditionierung sei rehabilitativ gesehen eine schwere körperliche Arbeit wenig sinnvoll. Formal müsse aber auch in diesem Bereich keine Arbeitsunfähigkeit attestiert werden. Zur Arbeitsfähigkeit wurde ausgeführt, aus rheumatologischer Sicht ergebe sich keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Eine schwere körperliche Tätigkeit sei nicht sinnvoll, wäre aber theoretisch zumutbar. Die erlernte Arbeit als Drucktechnologe, aber auch die selber initiierte Weiterbildung zum technischen Kaufmann (nicht abgeschlossen) sei vollständig

(zu 100 %) zumutbar. Dies gelte auch für Haushaltsarbeiten, jede andere Tätigkeit. Diese Beurteilung gelte auch retrospektiv. Es sei aus den Akten nicht ersichtlich, dass bereits früher aus rheumatologischer Sicht Gesundheitsschäden vorgelegen seien, welche die Arbeitsfähigkeit eingeschränkt hätten. Auch seitens der behandelnden Ärzte liege eine übereinstimmende Beurteilung vor. Im letzten Bericht werde die Migräne und die Skoliose als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erwähnt. Die Arbeitsfähigkeitsbeurteilung richte sich somit aktuell, aber auch retrospektiv vollständig nach der psychiatrischen Beurteilung. Dies auch nach ausführlicher interdisziplinärer Besprechung mit dem psychiatrischen Gutachter pract. med. K.\_\_\_\_. Aus rheumatologischer Sicht sei die Prognose gut (IV-Nr. 84).

3.10.2 Dem psychiatrischen Teilgutachten von pract. med. K.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom 17. November 2017 (Untersuchung vom 24. Oktober 2017) können folgende psychiatrische Diagnosen entnommen werden: Persönlichkeits- und Verhaltensstörung (ICD-10 F12.71) und Residualaffektives Zustandsbild (depressiv/apathisch; ICD-10 F12.72) bei schädlichem Gebrauch von Cannabinoiden (ICD-10 F12.1). Eine ebenfalls diagnostizierte spezifische Phobie (ICD-10 F40.2) hat nach den gutachterlichen Angaben keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Unter dem Titel «Beurteilung und Prognose» gab der psychiatrische Gutachter an, es zeige sich ein 30-jähriger Explorand, der offen wirkend über sich, sein Leben und seine Beschwerden berichte. Es bestünden keine Hinweise auf eine Simulation. Seine Kindheit beschreibe der Explorand als zunächst gut. Einschneidend sei dann im Jahr 1994 der Unfalltod seiner Schwester gewesen. Für die Ehe der Eltern sei dies sehr belastend gewesen, bis diese sich schliesslich hätten scheiden lassen, als der Explorand etwa 12- bis 13-jährig gewesen sei. Da sei die heile Familienwelt endgültig auseinandergebrochen. Dennoch sei das Leben anfangs in gut wirkendem Rahmen weitergegangen. In seiner Persönlichkeitsentwicklung scheine es, seinen Angaben folgend, verschiedene Phasen gegeben zu haben. Zunächst sei er der Anführer gewesen, dann der, der sich mit anderen Kindern auf Augenhöhe gefühlt habe. In der Pubertät habe er Erwachsenen/Älteren alles geglaubt. Schulisch seien seine Leistungen eher mässig einzuordnen gewesen. Für eine Weile habe er auch in die Realschule gehen müssen, sei dann aber wieder in die Sekundarschule gekommen, die er mit der Note 4,5 abgeschlossen habe. Die Berufsschule sei dann etwas besser gegangen. Er habe seine Lehre begonnen, habe dann aber Liebeskummer gehabt. In diese Phase (16-jährig) falle der Beginn seines Cannabiskonsums. Zwar habe er diesen über die Jahre stoppen können, wenn er dazu gezwungen gewesen sei. So beim Militär oder auch, wenn er Auflagen habe folgen müssen. Sonst sei der Konsum für ihn aber selbstverständlich. Er rauche nur wegen des Rituals, der «Flash» sei ihm nicht wichtig, betone der Explorand. Eine Abstinenz stehe für ihn nicht zur Diskussion. Der Laborbefund vom 23. August 2017 belege den Cannabiskonsum deutlich. Der Explorand beschreibe sich bis 2010/2011 als unauffällig. Es seien keine Unterlagen für die Zeit davor vorhanden. Eine psychiatrische Störung lasse sich bis auf den chronischen Cannabiskonsum bis dahin rückblickend nicht belegen; auch finde man keine Hinweise auf eine Persönlichkeitsstörung. Jedoch scheine der Explorand Personen gesucht zu haben, die ihm zuhörten und denen er seine Erlebnisse habe berichten können. Zur Dekompensation sei es dann nach den Kontrollen in den Jahren 2010/11 und 2013 gekommen, als er beim Fahren mit Cannabis erwischt worden sei. Die folgende Behandlung durch die Institutionen habe ihn dann erst sich verändern lassen, betone der Explorand immer wieder. Davon habe er sich nicht mehr erholt. Es sei hier bereits angemerkt, dass eine Kontrolle durch die Polizei und die daraus folgenden Konsequenzen auf keinen Fall die Kriterien eine Traumatisierung

nach ICD-10 oder DSM 5 erfüllten. Auch nicht, dass sein Hausarzt damals möglicherweise Fehler gemacht habe. Den vorliegenden Unterlagen folgend, sei dann Ende Dezember 2012 erstmals eine depressive Episode vorgelegen (Arztbericht von Dr. med. [...] [recte: C.\_\_\_\_] vom 24. Oktober 2013; ohne weitere Angaben). Dieser Bericht sei jedoch so knapp gehalten, dass insbesondere auch ein Schweregrad nicht daraus abgelesen werden könne. Pract. med. M.\_\_\_\_ formuliere dann am 22. November 2013 eine rezidivierende Depression, ohne diese jedoch schlüssig zu begründen. Auch hier sei ein Schweregrad nicht herauslesbar, womit auch die Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit rückblickend nicht seriös möglich sei. Es folge der Bericht des Psychologen D.\_\_\_\_ vom 2. September 2014, der als Diagnosen eine Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion angebe und differenzialdiagnostisch eine posttraumatische Verbitterungsstörung anfüge. Weiterhin werde ein langjähriges Cannabisabhängigkeitssyndrom aufgeführt und es werde der Verdacht auf akzentuierte Persönlichkeitszüge geäußert (Schwerpunkte selbstunsicher, impulsiv und ängstlich). Laut diesem Bericht seien erste Symptome im Herbst 2011 aufgetreten. Eine posttraumatische Verbitterungsstörung sei nicht möglich, da die Voraussetzung eines Traumas im engeren Sinne nicht gegeben sei. Die Diagnose einer Anpassungsstörung bedeute, dass der Autor die depressive Symptomatik als sehr leicht, nach ICD-10 leichter als eine leichte depressive Episode eingestuft habe. Die angegebenen Symptome widersprechen dieser Einstufung nicht. Eher würde ein Teil der Symptome zu den Folgen des seit 14 Jahren bestehenden Drogenkonsums passen, was der Autor jedoch nicht diskutiere. Dr. med. F.\_\_\_\_ komme in seinem Bericht vom 19. Februar 2015 zur Diagnose einer kombinierten Persönlichkeitsstörung, bei welcher narzisstische, querulatorische, aber auch dissoziale und paranoide Wesenszüge prominent seien. Der angegebene Psychostatus sei derart knapp gehalten, sodass aus diesem kaum Diagnosen geschlossen oder ausgeschlossen werden könnten. Wohl werde auffälliges Verhalten des Exploranden beschrieben, wie es auch bei Persönlichkeitsstörungen auftreten könne und müsse. Aber dass diese Symptome auch eine Folge des chronischen Suchtmittelkonsums sein könnten, diskutiere der Autor gar nicht mehr, da er diesen Konsum als Folge der Persönlichkeitsstörung sehe. Diese leite er aber nicht erkennbar gemäss ICD-10 ab, v.a. fehle der Bezug auf den geforderten Beginn in Kindheit und Jugend. Eine narzisstische Kränkung, wie vom Autor beschrieben, entspreche noch nicht einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung, sondern könne ein völlig normaler Reaktionsvorgang auf potentiell kränkendes Verhalten anderer sein. Die Internistin Dr. med. C.\_\_\_\_ übernehme am 29. Mai 2015 lediglich die Diagnose von Dr. med. F.\_\_\_\_. Jedoch verweise sie deutlich darauf, dass sich der Explorand durch die Gesellschaft an den Rand gebracht, missverstanden fühle. Sie beschreibe ihn als psychomotorisch leicht erregbar, teils verfahren bis paranoid. Auch lic. phil. D.\_\_\_\_ übernehme am 10. Juli 2015 die kombinierte Persönlichkeitsstörung, wie von Dr. med. F.\_\_\_\_ gegeben, stelle sie aber als Verdacht nur in die Diskussion. Parallel gebe er an, dass der Explorand drei Joints täglich konsumiere, um dann aber wieder von einem depressiven Zustandsbild zu schreiben, das er aber nicht dem zuvor genannten Konsum zuordne, oder diese Möglichkeit zumindest diskutiere. Aber er gebe an, dass Antidepressiva zu keiner Verbesserung geführt hätten, was eine reine Depression weniger wahrscheinlich werden lasse, was aber ebenfalls nicht diskutiert werde. Am 3. Januar 2016 (recte: 2017) gebe der Psychologe nun eine rezidivierende depressive Störung an, die gegenwärtig mittelgradig sei und auf dem Verdacht auf eine kombinierte Persönlichkeitsstörung basiere. Er werte beide Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Allerdings könne eine Verdachtsdiagnose keinen Einfluss auf die

Arbeitsfähigkeit haben, sie werde vom Psychologen auch nicht schlüssig begründet und sei nicht nach ICD-10 abgeleitet worden. Auch er bleibe eine Begründung schuldig, warum eine rezidivierende Depression vorliegen solle. Der dem Autor bekannte Suchtmittelkonsum finde in den Diagnosen keine Erwähnung. Dafür würden beim Exploranden Hänger und ein sich am Anschlag Fühlen erwähnt. Prüfungen habe er nicht bestanden. Der eher knappe Psychostatus lasse eine mittelgradige Depression möglich erscheinen. Jedoch fehle eine differentialdiagnostische Diskussion. Das Gesprächsprotokoll von Dr. med. L.\_\_\_\_ vom 27. März 2014 weise klar auf, dass der Explorand von Hassgefühlen und aufbrausender Art gekennzeichnet sei. Schuld seien offenbar nur andere, nicht er selber. Bei der Arbeit habe es zu viel Druck gegeben. Er fühle sich von Ämtern nur missbraucht. Gleichzeitig sei auch von fehlendem Antrieb zu lesen. Hier sei noch ergänzt, dass die berufliche Laufbahn des Exploranden geprägt sei von «Sklaventreibern» oder zu viel Stress. Die Berichte zusammenfassend könne hier festgehalten werden, dass der Explorand offensichtlich seit spätestens Ende 2012, möglicherweise, aber nicht schlüssig belegt, auch bereits seit Ende 2011, eine depressive Symptomatik gezeigt habe. Dazu kämen Verhaltensauffälligkeiten in einer Mischung aus Aggressivität, psychomotorischer Unruhe, Hass aber auch aus Antriebslosigkeit bis Apathie. Die Diagnosen seien grösstenteils rückblickend nicht schlüssig nachvollziehbar. Der Einfluss des Suchtmittelkonsums werde praktisch nicht in die Diskussionen einbezogen. Schlüssige Belege für eine Persönlichkeitsstörung finde man nicht, jedoch eben für auffälliges Verhalten. Auch in der aktuellen Untersuchung äussere der Explorand immer wieder sein Unverständnis gegenüber Behörden, Institutionen und Ärzten. Eine Einsicht in eigenes problematisches oder Fehlverhalten zeige er eher nicht. Er fühle sich allen und allem ausgeliefert und wirke weniger depressiv, denn verbittert. Dazu passe auch, dass in der Syndromauswertung die Depressivität nicht ausschlage, jedoch die Apathie. Hinweise auf eine Persönlichkeitsstörung finde man beim Exploranden nicht. Seine eigenen Angaben zur eigenen Entwicklung gäben keinen Hinweis auf das Vorliegen einer solchen Störung. Er habe sich trotz der Scheidung der Eltern und dem Tod der Schwester zunächst gut weiterentwickeln können, bis er dann mit 14 mit dem Konsum von Cannabis begonnen habe. Dies möglicherweise mit dem Bedürfnis, inneren Schmerz ableiten zu können. Dies begründe aber ebenfalls noch keine Persönlichkeitsstörung. Wohl habe den Exploranden das Vorgehen der Behörden und Institutionen in Folge seines Cannabiskonsums schwer getroffen, möglicherweise seien auch individuelle Fehler Einzelner vorgelegen. Für eine Traumatisierung nach ICD-10 reiche dies jedoch nicht aus. Der Explorand sei zwar verbittert, aber eine Verbitterungsstörung könne darauf nicht entwickelt werden. Eine Depression sei nicht (mehr) gegeben, aber es bestünden deutliche Hinweise auf eine Apathie. Einsicht in eigenes Fehlverhalten zeige der Explorand nicht. Er konsumiere nach eigenen Angaben und laborchemisch im August 2017 belegt seit dem Alter von 14 Jahren fast durchgehend Cannabis, mehrheitlich täglich. So wie sich der Explorand auf die Konsumart einlasse, bestünden für ein Abhängigkeitssyndrom nicht genügend erfüllte Kriterien. Jedoch könne von einem schädlichen Gebrauch von Cannabis nach ICD-10 ausgegangen werden. Dieser Schaden liege möglicherweise schon länger als seit dem Jahr 2011 vor, denn die beruflichen Probleme des Exploranden könnten ein Hinweis darauf sein. Jedoch seien keine Unterlagen aus dieser Zeit vorhanden. Es sei möglich, dass der Explorand auch erst durch die narzisstische Kränkung erkennbar dekompenziert habe. Jedoch liessen sich durchgehend seit spätestens 2012 diverse oben bereits angeführte Verhaltensauffälligkeiten nachweisen, es sei damit nicht von einer Persönlichkeitsstörung,

sondern von einer Persönlichkeits- und Verhaltensstörung bei schädlichem Gebrauch von Cannabis auszugehen. Auch die auffällige Affektivität sei überwiegend wahrscheinlich diesem Konsum im Sinne eines residualaffektiven Zustandsbilds zuzuordnen. Der fehlende Erfolg von Antidepressiva sei ein ergänzender Hinweis dafür. Relevante kognitive Beeinträchtigungen hätten aktuell nicht festgestellt werden können. Die hier genannten Pathologien entsprächen der obgenannten Schädigung durch Cannabiskonsum. Hinweise auf relevante kognitive Schäden habe man nicht gefunden. Eine neuropsychologische Abklärung werde aktuell nicht als notwendig erachtet. Der Konsum sei bei nicht belegter Vordiagnose als primärer Suchtmittelkonsum zu werten. Jedoch bestünden offensichtliche Folgeschäden, die aktuell einen regulären Einsatz in der freien Wirtschaft verunmöglichten. Es bestünden noch leichte spezifische Phobien, die jedoch aktuell keinen relevanten Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätten. Die somatischen Beschwerden seien im Gutachten von Dr. med. J. \_\_\_ als intermittierend beschrieben worden, was für die Diskussion einer somatoformen Schmerzstörung nach ICD-10 und auch DSM 5 nicht genüge. Das ICF (Mini-ICF-Rating für Aktivitäts- und Partizipationsstörungen bei psychischen Erkrankungen, Linden & Baron, 2015) wurde vom psychiatrischen Gutachter wie folgt diskutiert: Die Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen sei erheblich beeinträchtigt. Die Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben sei nicht erkennbar beeinträchtigt. Die Flexibilität und Umstellungsfähigkeit seien erheblich beeinträchtigt. Die Kompetenz- und Wissensanwendung sei mässig beeinträchtigt. Die Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit seien erheblich beeinträchtigt. Die Proaktivität und die Spontanaktivität seien mässig beeinträchtigt. Die Widerstands- und Durchhaltefähigkeit seien vor allem aufgrund der Apathie mindestens mässig beeinträchtigt. Die Selbstbehauptungsfähigkeit sei erheblich beeinträchtigt. Die Konversation und Kontaktfähigkeit zu Dritten seien mässig beeinträchtigt. Die Gruppenfähigkeit sei ebenfalls mässig beeinträchtigt. Die Fähigkeit zu engen dyadischen Beziehungen sei zumindest leicht beeinträchtigt. Die Fähigkeit zur Selbstpflege und Selbstversorgung sei noch gegeben. Die Mobilität und Wegefähigkeit seien für den Öffentlichen Verkehr gegeben. Im Weiteren nahm der psychiatrische Gutachter zu den Indikatoren gemäss BGE 141 V 281 wie folgt Stellung: Gesundheitsschaden: Die Diagnosen seien angegeben worden. Schweregrad: Die von ihm festgestellten Erkrankungen erreichten einen Schweregrad, der Einfluss auf die funktionelle Leistungsfähigkeit habe. Die funktionellen Einschränkungen gingen aus dem vorerwähnten Mini-ICF-Rating hervor. Persönlichkeit: Zu dieser habe er bereits Stellung genommen. Therapie: Die bisherige Therapie sei nicht angemessen gewesen, denn das Kernproblem, der schädliche Gebrauch von Cannabis, sei gar nicht ziel-/änderungsorientiert thematisiert worden. Soweit erkennbar, sei die Kooperation bei den verordneten Behandlungen gut gewesen, solange es nicht um Suchtmittel gegangen sei. Gemäss psychiatrischer Abklärung bestünden weitere Therapieoptionen, mit denen eine relevante Besserung des Gesundheitszustands möglich erscheine. Konsistenz: Aufgrund der Abklärungen wirkten sich die beklagten Leiden konsistent in vergleichbaren Lebensbereichen aus, sowohl die vorliegenden Unterlagen als auch die Angaben des Exploranden verwiesen auf den Einfluss seiner Defizite in den verschiedenen Lebensbereichen. Aus seiner Sicht als psychiatrischer Gutachter sei er vom Bestehen der geltend gemachten Behinderungen mehrheitlich überzeugt. Ressourcen: Ob der Explorand aus psychiatrischer Sicht über genügend Ressourcen verfüge, um die aus somatischer Sicht attestierte Arbeitsfähigkeit zu realisieren, könne erst nach Umsetzung der nachfolgenden Empfehlungen überprüft werden. Die Prognose sei offen. Es hänge davon ab, wie

tiefgreifend die genannten Schädigungen seien, d.h. ob sich diese durch eine Abstinenz reduzieren liessen. Zur Zeit sei der Explorand aufgrund seines Verhaltens und seiner Apathie in seiner angestammten Tätigkeit nicht einsetzbar. Auch für Verweistätigkeiten seien die Einschränkungen aktuell zu stark ausgeprägt. Darüber hinaus sei der Explorand mit seinem jetzigen Verhalten auch keinem Arbeitgeber zumutbar. Der Beginn der Arbeitsunfähigkeit sei spätestens Ende 2012 eingetreten. Der psychiatrische Gutachter gab abschliessend folgende Empfehlung ab: Um überhaupt die Möglichkeit einer Reduktion der angeführten Folgeschäden zu erreichen, müsste der Explorand andauernd abstinent bleiben. D.h. er müsste sich einem Entzug unterziehen. Auch wenn der Explorand keinerlei Einsicht in diese Thematik zeige, seien ihm ein solcher Entzug wie auch eine folgende Abstinenz zuzumuten. Ob dann die Folgeschäden sich reduzierten, sollte frühestens nach sechs Monaten, eher nach zwölf Monaten nach Abstinenzbeginn kontrolliert werden. Parallel sollte dann eine ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Begleitung und Therapie stattfinden, um mitzuhelfen, die Pathologien zu reduzieren. Inwieweit Psychopharmaka zum Einsatz kommen müssten, hänge davon ab, ob der Explorand irgendwelche relevanten Symptome unter bzw. nach dem Entzug zeige, die behandlungsbedürftig seien. Auch könnte nach dem Entzug eine Arbeitsabklärung durchgeführt werden, sofern sich die Symptome bereits etwas reduziert haben sollten. Diese Massnahme sei dem Exploranden im Rahmen seiner Schadenminderungspflicht zuzumuten (IV-Nr. 85).

3.11 Der behandelnde Psychologe, lic. phil. D.\_\_\_\_, äusserte sich in seiner Stellungnahme zum Gutachten vom 25. Januar 2018 dahingehend, während Dr. med. F.\_\_\_\_ den Standpunkt vertrete, beim Patienten stehe eine kombinierte Persönlichkeitsstörung im Vordergrund, welche den weiteren Befunden (Cannabiskonsum, affektive Symptomatik) zugrunde liege, gehe pract. med. K.\_\_\_\_ davon aus, dass sich die affektive Symptomatik als Folge des langjährigen schädlichen Gebrauchs von Cannabis entwickelt habe. Aufgrund seiner Arbeit mit dem Patienten sei davon auszugehen, dass der Patient u.a. aufgrund seiner Vorgeschichte (Tod der Schwester im Jahr 1994, dadurch Auseinanderbrechen der «heilen» Familie, endgültig mit der Scheidung der Eltern: Trauer der Mutter, emotionale Abwesenheit des Vaters – der Patient sei mit seinen Gefühlen allein gelassen worden) und dadurch entwickelten Bewältigungsmodi für schwierige und belastende Ereignisse (z.B. gemäss Schematherapie: emotionale Vermeidung, Gegenangriff) die vorliegend affektive Symptomatik entwickelt habe. So habe der Beschwerdeführer bereits im Erstgespräch von einer «allgemeinen Traurigkeit» berichtet, die seit dem Jahr 2005, also bereits zu Beginn des langjährigen Cannabiskonsums, und nicht – wie von pract. med. K.\_\_\_\_ berichtet – seit dem Jahr 2011 oder 2012, vorliege. Die affektive Symptomatik werde auch in weiteren, vorgängigen Gutachten erwähnt und sei möglicherweise auch zumindest teilweise mit einer gewissen Kränkbarkeit (Persönlichkeitsstruktur) in Verbindung zu bringen. Demzufolge könne der Cannabiskonsum auch als Selbstmedikation im Sinne einer emotionalen Regulierung verstanden werden. Davon ausgehend, dass der Cannabiskonsum des Patienten eine Strategie zum Umgang mit einer ausgeprägten Verletzlichkeit (z.B. extreme, anhaltende Reaktion auf den Entzug des Führerausweises) und mit belastenden Emotionen darstelle, scheine fraglich, ob ein allfällig erfolgreicher Entzug zu einer Stabilisierung der psychischen Befindlichkeit beitragen würde oder ob im Gegenteil eine Verschlechterung des Zustandsbildes (aufgrund fehlender Emotionsregulationsstrategien) zu erwarten wäre. Wichtig sei festzuhalten, dass die Einschätzung der beiden Gutachter, dass der Patient aufgrund des vorliegenden Zustandsbildes zu 100 % im ersten Arbeitsmarkt arbeitsunfähig und nicht vermittlungsfähig sei, äusserst angemessen sei. Abschliessend wies der

behandelnde Psychologe noch darauf hin, das rheumatologische Gutachten falle zwar nicht in seinen Kompetenzbereich, dennoch sei festzuhalten, dass gemäss den Aussagen des Patienten und seines Stiefvaters während ca. 3 bis 4 Wochen Schmerzen im Schulterbereich aufträten, wenn der Patient Gewichte von über 10 kg tragen müsse. In seinem Beruf als Drucktechnologe müsste der Patient Papier mit einem Gewicht von über 30 kg dem Drucker zuführen. Es stelle sich die Frage, wie dies mit einer 100%igen Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf vereinbar sei (IV-Nr. 88).

3.12 Die RAD-Ärztin Dr. med. L.\_\_\_\_, Fachärztin Neurologie FMH, hielt in ihrer Stellungnahme vom 5. April 2018 fest, die Ausführungen der Gutachter J.\_\_\_\_ und K.\_\_\_\_ seien für die streitigen Belange umfassend, beruhten auf allseitigen Untersuchungen und seien in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden. Es werde ein umfassendes Bild des Gesundheitszustandes vermittelt. Die Beurteilung und die begründeten Schlüsse seien nachvollziehbar. Die funktionellen Einschränkungen seien mit dem Mini-ICF erfasst worden und der psychiatrische Gutachter nehme Stellung zu den Standardindikatoren. Aus rheumatologischer Sicht werde keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt. Der psychiatrische Gutachter habe festgestellt, dass der Versicherte seit Ende 2012 nicht arbeitsfähig sei. Grund dafür sei der fortgesetzte schädliche Cannabiskonsum (F12.1) und die dadurch bedingte Persönlichkeits- und Verhaltensstörung (F12.71) sowie ein residualaffektives Zustandsbild (F12.72). Der Cannabiskonsum sei bei nicht belegter Vordiagnose als primärer Suchtmittelkonsum zu werten. Die bisherige Therapie sei nicht angemessen, denn das Kernproblem, der schädliche Gebrauch von Cannabis, sei nicht ziel- bzw. änderungsorientiert thematisiert worden. Um allfällige invalidisierende Folgeschäden überhaupt beurteilen zu können, müsste der Versicherte mindestens sechs Monate abstinent bleiben. Das heisst, er müsste sich einem Entzug unterziehen. Auch wenn der Versicherte keinerlei Einsicht in die Thematik zeige, seien ihm ein solcher Entzug wie auch die folgende Abstinenz zuzumuten. Ein invalidisierender Gesundheitsschaden im Sinne des Gesetzes sei nicht ausgewiesen (IV-Nr. 91).

3.13 In seiner psychiatrischen Stellungnahme vom 12. Juni 2018 hielt Dr. med. F.\_\_\_\_ im Wesentlichen fest, auch in Revision seines damaligen Berichtes an die Krankentaggeldversichererin vom 19. Februar 2015 (IV-Nr. 18 S. 9 ff.) gelange er zu keiner anderen Einschätzung mit Blick auf Diagnose und Arbeitsfähigkeit. Es sei nicht angemessen, die komplexe Symptomatik dieses Versicherten als Residualzustand nach Substanzmissbrauch bezeichnen zu wollen. Die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung ergebe sich aus einer lebensgeschichtlichen Gesamtbetrachtung. Es sei keinesfalls so, dass die Ausprägung einer solchen Persönlichkeitsstörung bereits in Kindheit oder Jugend offensichtlich gewesen sein müsse. Häufig seien die entsprechenden Merkmalsausprägungen maskiert. Ohnehin sei es rückblickend meistens nicht möglich, verlässliche Auskünfte zu entsprechenden Details zu bekommen. Wenn dann jedoch auslösende Ereignisse zum Tragen kämen, die ein derart ausgeprägtes Zustandsbild sichtbar hervorbrächten, wie man es bei diesem jungen Mann finde, dann sei post hoc an der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung schlicht nicht zu zweifeln. Wer über entsprechende langjährige berufliche Erfahrung mit Süchtigen verfüge, dem sei geläufig, dass fortgesetztem Suchtmittelmissbrauch oftmals eine primäre tiefgreifende seelische Störung zugrunde liege. Eine Betrachtung, die daraufhin abziele, eine entsprechende Symptomatik als Folge einer Sucht darzustellen, greife häufig zu kurz. Dies möge in Fällen von jahrzehntelangem Substanzgebrauch zutreffend sein, nicht jedoch bei derart vergleichsweise kurzen Anamnesen, wie man sie hier beobachten könne. Anders gesagt wäre er mit der Interpretation von pract. med. K.\_\_\_\_ vielleicht einverstanden, wenn man es

hier mit einem Versicherten zu tun hätte, der 20 Jahre älter wäre. Im Alter des Beschwerdebeginns sei dieser Versicherte jedoch ein junger Erwachsener gewesen. Da werde es umso schwieriger, mit einer Residualsymptomatik zu argumentieren, um entsprechendes Verhalten erklären zu wollen. Nicht nachvollziehbar sei, dass pract. med. K.\_\_\_\_ von einem depressiv/apathisch geprägten residualaffektiven Zustandsbild schreibe. Man könne diesen Versicherten im Psychostatus beschreiben, wie man wolle – er sei weder depressiv noch apathisch, sondern ausgesprochen aufgebracht und teilweise lautstark gewesen. Dies wolle nun so gar nicht zu einer apathischen Haltung passen, zu einer Depression erst recht nicht. Es sei interessant, dass Dr. med. L.\_\_\_\_ bereits Ende März 2014 den Versicherten offensichtlich ganz ähnlich erlebt habe. Ohne die Erwägungen des Kollegen pract. med. K.\_\_\_\_ gänzlich in Abrede stellen zu wollen, sei festzuhalten, dass er ein derartiges Auftreten, wie es dieser Versicherte an den Tag gelegt habe, noch nie als Residuum eines Suchtmittelkonsums gesehen habe, zumal nicht bei einem jungen Menschen. Anders könnte es, wie erwähnt, bei einem Menschen mittleren Alters nach jahrzehntelangem Substanzmissbrauch aussehen. Der vorliegende Versicherungsfall sei in gewissem Sinne ein Spiegel der Zeitgeschichte, was die Herangehensweise an psychiatrische Diagnostik anbelange. Man könne pract. med. K.\_\_\_\_ keinen Vorwurf im engeren Sinne machen. Er habe sich korrekt an die AMDP-Kriterien gehalten. Somit habe er nichts falsch gemacht. Er habe lediglich die falschen diagnostischen Schlussfolgerungen gezogen. Die Diagnose einer komplexen psychiatrischen Erkrankung gehe über das Erfassen des AMDP-Status deutlich hinaus. Phänomene wie Gegenübertragung seien mindestens genauso wichtig wie eine formalisierte Diagnostik. Konkret solle dies im vorliegenden Fall heißen, dass ihm dieser Versicherte nach der Anfrage seiner Vertreterin unmittelbar und zunächst ohne Einsicht in seine Unterlagen wieder präsent gewesen sei, obschon er in den vergangenen knapp dreieinhalb Jahren sicher mehrere hundert Patienten bzw. Patientinnen gesehen habe. Das Krankheitsbild dieses Versicherten sei in seiner Ausprägung derart typisch, dass man es eigentlich nicht vergessen könne. Er habe deshalb in seinem Bericht vom 19. Februar 2015 ja auch den Begriff Michael-Kohlhaas-Syndrom verwendet. Die geschilderte Psychopathologie gehe über eine situative narzisstische Kränkung bzw. eine Persönlichkeitsakzentuierung weit hinaus. Anders gesagt, sie stelle eine Kategorie für sich dar und sei von daher einprägsam. Ob man nun einem Versicherten, der keinerlei Einsicht in die – klinisch vollkommen unbestrittene – Notwendigkeit eines Suchtmittelentzugs zeige, einen solchen zumuten könne, sei letztlich nicht eine medizinische Frage, sondern es handle sich hier um einen Aspekt, der in das Ermessen des Rechtsanwenders falle. Er könne und dürfe sich dazu letztlich nicht äussern. Man werde allerdings verstehen, dass er aufgrund seiner Ausführungen erhebliche Zweifel daran habe, dass ein Suchtmittelentzug – so wünschenswert dieser tatsächlich sein möge – zu einer wesentlichen Änderung im Denken, Fühlen und Verhalten dieses Versicherten führen werde. Lic. phil. D.\_\_\_\_ sei beizupflichten, wenn er den Cannabiskonsum als eine Art Selbstmedikation im Sinne einer emotionalen Regulierung verstehe. So genau würde er es gar nicht einmal beschreiben wollen. Es sei hinlänglich bekannt, dass Suchtmittelmissbrauch durchaus mit Persönlichkeitsstörungen vergesellschaftet sein könne, wobei der Konsum als Ableitung der Charakterneurose, sprich Persönlichkeitsstörung, anzusehen sei. Somit komme er zum gleichen Schluss, den er bereits vor knapp dreieinhalb Jahren gezogen habe: Er empfehle in diesem Versicherungsfall die Rentenprüfung. Persönlichkeitsstörungen seien ja keineswegs unverrückbare Schicksale, sondern unter Therapie durchaus modulationsfähig. Insofern sollte man mit Verlaufsvorhersagen

zurückhaltend sein. Es sei somit durchaus im Bereich des Möglichen, dass im Laufe der kommenden Jahre bei diesem Versicherten zumindest Teilarbeitsfähigkeit darstellbar sein könnte. Eine Garantie habe man hierfür aber nicht. Im Augenblick bestehe jedenfalls keine Arbeitsfähigkeit, auch nicht nach einem Entzug von Suchtmitteln (IV-Nr. 98 S. 5 ff.). 3.14 Am 2. Oktober 2018 äusserte sich die Hausärztin Dr. med. C.\_\_\_\_ dahingehend, aus ihrer Sicht sei und bleibe der Patient bis auf weiteres weiterhin arbeitsunfähig. Sie begleite ihren Patienten nun schon seit 6 Jahren als Hausärztin. Sie könne die Beurteilung von Dr. med. F.\_\_\_\_ vom 19. Februar 2015 im Wesentlichen vollumfänglich unterstützen. Der inzwischen 31-jährige Patient zeige sich auch weiterhin in seinem formalen Denken zum Teil erheblich unstrukturiert. Er habe mehrere Jahre ambulante Psychotherapie absolviert, ohne dass es zu einer wesentlichen Besserung des Krankheitsbildes gekommen sei. Dr. med. F.\_\_\_\_ sei in seiner Beurteilung zu unterstützen, dass beim Patienten eine kombinierte Persönlichkeitsstörung vorliege. Insbesondere bestünden massiv ausgeprägte narzisstische, teilweise dissoziale und auch paranoide Wesenszüge. Diese hätten sich im Verlauf der letzten sechs Jahre, trotz ambulanter Behandlung, nicht verbessert. Gemäss Dr. med. F.\_\_\_\_ bestehe eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit massiv ausgeprägten narzisstischen, querulatorischen, aber auch dissozialen und möglicherweise paranoiden Wesenszügen. Rückwirkend sei neu darauf hinzuweisen, dass der Patient als Kleinkind (7jährig und nicht – wie im Gutachten notiert – als 17-jähriger) den Ertrinkungsunfall seiner älteren Schwester habe mitansehen müssen. Dieses schreckliche Erlebnis habe den Patienten und die ganze Familie nachhaltig traumatisiert. Sie, die Hausärztin, könne sich durchaus vorstellen, dass dies mit ein Grund für den Beginn des Cannabiskonsums gewesen sei. Die kombinierte Persönlichkeitsstörung sei nicht durch den Cannabiskonsum entstanden, ganz im Gegenteil, vielmehr sei der chronische Cannabiskonsum ein vom Patienten gewählter Weg gewesen, seine posttraumatische Belastungsstörung zu verarbeiten. Der Entscheid der IV-Stelle könne nicht nachvollzogen werden (IV-Nr. 101 S. 1). 3.15 Mit Eingabe vom 21. Februar 2019 äusserte sich die Hausärztin gegenüber der Beschwerdegegnerin dahingehend, beim Patienten bestehe ein ausgeprägtes Schamgefühl, in der Öffentlichkeit Wasser zu lösen. Dies sei der Grund, weshalb er die Urinkontrollen unter Beobachtung nicht durchführen könne. Nach Rücksprache mit Dr. med. O.\_\_\_\_ (ärztlicher Kollege der P.\_\_\_\_), welcher für die Beschwerdegegnerin die Urinkontrolle auf Cannabis durchführe, sei es eine durchaus gängige Methode im Kanton Solothurn, den Patienten eine Indikatorlösung unter Kontrolle trinken zu lassen. Im Anschluss müsste der Patient den ersten Urin nach der Einnahme der Indikatorlösung dem Labor zustellen. Die Trägersubstanz sei kodiert und könne nicht gefälscht werden, sodass eine sichere Methode zum Nachweis einer Cannabisabstinenz erbracht werden könne (IV-Nr. 107). 3.16 In der vom behandelnden Psychologen lic. phil. D.\_\_\_\_ der Beschwerdegegnerin zugestellten E-Mail vom 3. September 2019, welche gleichentags dem Versicherungsgericht zur Kenntnisnahme zugestellt wurde, wird im Wesentlichen erklärt, der Patient sei bezüglich Suchtmitteln seit Monaten abstinent (A.S. 38 f.). 4.

### **E. 3.13**

und 3.14 hiervor). Es sei hinlänglich bekannt, dass Suchtmittelmissbrauch durchaus mit Persönlichkeitsstörungen vergesellschaftet sein könne, wobei der Konsum als Ableitung der Charakterneurose, sprich Persönlichkeitsstörung, anzusehen sei. Dr. med. F.\_\_\_\_ weist jedoch darauf hin, Persönlichkeitsstörungen seien keineswegs unverrückbare Schicksale, sondern unter Therapie durchaus modulationsfähig. Insofern sollte man mit Verlaufsvorhersagen zurückhaltend sein. Es sei somit durchaus im Bereich des Möglichen,

dass im Laufe der kommenden Jahre beim Beschwerdeführer zumindest eine Teilarbeitsfähigkeit darstellbar sein könnte (IV-Nr. 98 S. 10). Aufgrund dieser fachärztlichen Einschätzungen von pract. med. K.\_\_\_\_ sowie Dr. med. F.\_\_\_\_, welche zwar unterschiedliche Diagnosen stellen, jedoch insofern übereinstimmen, als der Beschwerdeführer aufgrund des bestehenden Zustandsbildes im ersten Arbeitsmarkt aktuell als vollumfänglich arbeitsunfähig anzusehen sei und eine Wiederherstellung zumindest einer Teilarbeitsfähigkeit unter Therapie durchaus als möglich erscheine, kann nicht gesagt werden, die dem Beschwerdeführer auferlegten Massnahmen, die Einreichung eines schriftlichen Behandlungsplans für den Suchtmittelentzug und die anschliessende Entwöhnungsbehandlung, seien nicht geeignet, den versicherten Schaden erheblich zu reduzieren. Nach den überzeugenden fachärztlichen Angaben von pract. med. K.\_\_\_\_ muss ein Entzug und eine andauernde Abstinenz verlangt werden, um überhaupt die Möglichkeit einer Reduktion der Folgeschäden zu erreichen (IV-Nr. 85 S. 19; vgl. E. II. 3.10.2 hiervor). Ob und inwieweit eine kombinierte Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F61.0), wie sie von Dr. med. F.\_\_\_\_ in seinem Untersuchungsbericht vom 19. Februar 2015 diagnostiziert wurde (IV-Nr. 18 S. 13; vgl. E. II. 3.4 hiervor), oder aber eine Persönlichkeits- und Verhaltensstörung (ICD-10: F12.71) sowie ein residualaffektives Zustandsbild (depressiv/apathisch; ICD-10: 12.72) nach den Angaben von pract. med. K.\_\_\_\_ die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers mindern, kann wegen der diese psychische Problematik überlagernden Drogensucht erst beurteilt werden, nachdem sich der Beschwerdeführer einer länger dauernden, ärztlich kontrollierten Entzugsbehandlung unterzogen hat. Der Drogenentzug ist demnach Voraussetzung für eine nachhaltige psychiatrische Behandlung. Pract. med. K.\_\_\_\_ legte überzeugend dar, erst nach der Umsetzung des empfohlenen Cannabisentzugs und einer andauernden Abstinenz könne überprüft werden, ob der Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht über genügend Ressourcen verfüge, um die aus somatischer Sicht attestierte Arbeitsfähigkeit zu realisieren (IV-Nr. 85 S. 19; vgl. E. II. 3.10.2 hiervor). Davon ist auszugehen. Bei der von der Beschwerdegegnerin gestützt auf das psychiatrische Gutachten von pract. med. K.\_\_\_\_ sowie die Stellungnahmen der RAD-Ärztin vom 5. April, 9. September und 27. November 2018 (IV-Nr. 91, 100 und 102) im Rahmen des Mahn- und Bedenkzeitverfahrens vom 14. Januar 2019 gestellten Auflage, der Beschwerdeführer habe einen schriftlichen Behandlungsplan für den Suchtmittelentzug und die anschliessende Entwöhnungsbehandlung zuzustellen und den monatlichen Nachweis einer negativen Urinprobe zu erbringen, handelt es sich grundsätzlich um eine geeignete und auch angemessene Massnahme, die es den Fachärzten und damit auch der Beschwerdegegnerin ermöglichen soll, das bestehende psychische Leiden des Beschwerdeführers nach dem erfolgreichen Entzug zuverlässig einordnen und dessen Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit beurteilen zu können. Sie dient vorerst der Eingliederung des Beschwerdeführers und trägt auch langfristig dazu bei, die Dauer und das Ausmass der Arbeitsunfähigkeit zu verringern und den Eintritt der Invalidität zu verhindern (vgl. auch Urteile des Bundesgerichts 8C\_394/2018 vom 11. März 2019 E. 4.2.1 und 8C\_483/2018 vom 11. Dezember 2018 E. 5.2). Dem Einwand des Beschwerdeführers, aufgrund der Akten sei nicht mit dem erforderlichen Grad an Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, dass die ihm auferlegten Massnahmen geeignet seien, den versicherten Schaden erheblich zu reduzieren, und das Ausmass einer allenfalls minderbaren Schädigung sei nicht abschätzbar, kann nach dem Gesagten nicht gefolgt werden. Im Weiteren ist festzuhalten, dass pract. med. K.\_\_\_\_ im Rahmen seiner Begutachtung ausdrücklich darauf hinwies, die

von ihm empfohlenen Massnahmen seien dem Beschwerdeführer zuzumuten (vgl. IV-Nr. 85 S. 19 f.). Dies wird von Dr. med. F.\_\_\_\_ nicht bestritten, wobei er die Beantwortung dieser Frage dem Ermessen des Rechtsanwenders überlässt (IV-Nr. 98 S. 10). Aus den Akten geht hervor, dass der Beschwerdeführer schon wiederholt in der Lage war, seinen Cannabiskonsum über längere Zeit einzustellen, wenn es die konkrete Situation erforderte. So konnte er während der Absolvierung seines Militärdienstes sowie zur Wiedererlangung des Führerausweises auf den Konsum verzichten (vgl. E. II. 3.3 und 3.10.2 hiervor). Im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung gab er denn auch an, er rauche nur wegen des Rituals, der «Flash» sei ihm nicht wichtig (vgl. IV-Nr. 85 S. 15). Demnach ist beim auferlegten Cannabisentzug, der anschliessenden Entwöhnungsbehandlung sowie dem verlangten Nachweis einer andauernden Abstinenz von zumutbaren Massnahmen auszugehen. Dem vom Beschwerdeführer im Rahmen des Vorbescheidverfahrens geäusserten Einwand, die Auferlegung eines Abstinenznachweises im Rahmen der Schadenminderungspflicht sei unverhältnismässig, da er krankheitsbedingt nicht in der Lage sei, eine solche Auflage zu befolgen (vgl. IV-Nr. 98 S. 3), zielt nach dem Gesagten ins Leere. Der dem Beschwerdeführer obliegende Beweis für eine Unzumutbarkeit der fraglichen Massnahmen kann von ihm nicht erbracht werden. Dass Dr. med. F.\_\_\_\_, der behandelnde Psychologe und auch die Hausärztin die positive Wirkung des Cannabisentzugs bezweifeln (vgl. E. II. 3.11, 3.13 und 3.14 hiervor), genügt hierfür nicht. Die aus Sicht von pract. med. K.\_\_\_\_ indizierten und zumutbaren Auflagen und Behandlungsmöglichkeiten sind grundsätzlich in kooperativer Weise optimal und nachhaltig zu befolgen bzw. auszuschöpfen, zumal hier – der Beschwerdeführer beantragt Rentenleistungen und/oder weitere berufliche Eingliederungsmassnahmen – von einer strengen Schadenminderungspflicht auszugehen ist (vgl. E. II. 4.2.2 hiervor).

4.3 Der Beschwerdeführer lässt im Weiteren geltend machen, es sei zu prüfen, ob er diese Auflagen schuldhaft verletzt habe (Beschwerde, S. 10 f. Ziff. 5).

4.3.1 Gemäss Art. 43 Abs. 3 ATSG kann der Versicherungsträger nach durchgeführtem Mahn- und Bedenkzeitverfahren aufgrund der Akten verfügen oder die Erhebungen einstellen und Nichteintreten beschliessen, wenn die versicherte Person oder andere leistungsbeanspruchende Personen den Auskunftspflichtigen in unentschuldbarer Weise nicht nachkommen. Die Verletzung der Auskunftspflicht ist nur relevant, wenn sie in unentschuldbarer Weise erfolgt. Es muss sich mithin jedenfalls um eine schuldhaft Verletzung handeln, wobei das Verhalten der Person nicht mehr nachvollziehbar sein darf, was etwa dann gegeben ist, wenn ein Rechtfertigungsgrund nicht einmal ansatzweise erkennbar ist oder wenn das Verhalten schlechthin unverständlich ist (Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Aufl., 2015, S. 586 f. Rz. 92). Die Verletzung der Auskunftspflicht ist nur massgebend, wenn sie auf die versicherte Person bzw. auf die leistungsbeanspruchende Person zurückgeht. Wird die Auskunftspflicht durch eine Ärztin bzw. einen Arzt nicht befolgt, kann dies nicht zum Vorgehen führen, welches in Art. 43 Abs. 3 ATSG festgelegt ist; dasselbe gilt, wenn eine Arbeitgeberin oder ein Arbeitgeber eine analoge Pflicht nicht erfüllt. Vielmehr ist in solchen Fällen mittels sonstiger Abklärungsmassnahmen anzustreben, den massgebenden Sachverhalt zu erstellen (Kieser, a.a.O., S. 586 Rz. 90).

4.3.2 Die Beschwerdegegnerin forderte den Beschwerdeführer nach Rücksprache mit der RAD-Ärztin im Rahmen eines Mahn- und Bedenkzeitverfahrens mit Schreiben vom 14. Januar 2019 auf, bis zum 15. Februar 2019 einen schriftlichen Behandlungsplan für den Suchtmittelentzug und die anschliessende Entwöhnungsbehandlung zuzustellen. Ab März 2019 sei ausserdem der monatliche

Nachweis einer negativen Urinprobe zu erbringen; der jeweilige Bericht werde bis zum letzten Tag des Monats erwartet. Der Abstinenznachweis müsse für mindestens sechs Monate in Folge erbracht werden. Die Proben seien im Labor P.\_\_\_\_, [...] oder [...], abzunehmen. Der Beschwerdeführer habe telefonisch erreichbar zu sein bzw. eine Combox zur Verfügung zu stellen, auf welcher der Termin für die Urin- und/oder Blutkontrolle hinterlegt werden könne. Die IV-Stelle werde den Beschwerdeführer jeweils kurzfristig, d.h. ein bis zwei Tage vor dem Termin, telefonisch aufbieten. Erbringe der Beschwerdeführer während 6 Monaten den Nachweis für eine Suchtmittelabstinenz, werde eine medizinische Begutachtung veranlasst. Die Auflage bleibe bis zum Abschluss der Begutachtung bestehen. Sollte der Beschwerdeführer den vorerwähnten Auflagen nicht oder nur ungenügend nachkommen, werde ein Entscheid aufgrund der Akten gefällt, was voraussichtlich eine Abweisung von weiteren beruflichen Massnahmen und einer Invalidenrente zur Folge habe (IV-Nr. 103). Der Beschwerdeführer teilte der Beschwerdegegnerin am 12. Februar 2019 telefonisch mit, der verlangte Behandlungsplan werde mit der Hausärztin erst am 14. Februar 2019 besprochen und der Beschwerdegegnerin rasch möglichst zugestellt (vgl. Protokolleintrag vom 12. Februar 2019, S. 17). In einem Telefongespräch mit der Hausärztin vom 14. Februar 2019, worin diese darum ersuchte, die Urinproben von zu Hause aus zu erbringen, da beim Beschwerdeführer ein erhöhtes Schamgefühl und eine damit verbundene Blockade bestehe, in der Öffentlichkeit Wasser zu lösen, sicherte die Beschwerdegegnerin der Hausärztin eine telefonische Rückmeldung zu. Im Weiteren wurde dieser mitgeteilt, es werde mit dem RAD Rücksprache genommen und die Hausärztin anschliessend informiert. Bis zu diesem Zeitpunkt werde natürlich kein Entscheid gefällt (Protokolleintrag vom 14. Februar 2019 S. 17 f.). Da die Hausärztin gemäss ihrem Anrufbeantworter erst wieder am 15. Februar 2019 ab 14:00 Uhr telefonisch erreichbar war, teilte die Beschwerdegegnerin dieser nach Konsultation des RAD mit Schreiben vom 14. Februar 2019 (A-Post) mit, die IV-Stelle führe keine Urinproben mehr durch, da dieser Bereich ausgelagert worden sei. Unabhängig davon obliege es dem Versicherten, den Nachweis der Abstinenz mit Unterstützung seiner Behandler zu erbringen. Wie dieser Nachweis erbracht werde, habe der Beschwerdeführer mit seiner behandelnden Ärztin zu besprechen. Folglich sei die von der Hausärztin vorgeschlagene Alternative nicht durchführbar. Im Übrigen gelte es gemäss dem Schreiben vom 14. Januar 2019, bis zum 15. Februar 2019 einen Behandlungsplan vorzulegen. Eine aufschiebende Wirkung betreffend Urinprobe werde entzogen (IV-Nr. 106; Protokolleintrag vom 14. Februar 2019, S. 18). Gemäss dem Protokolleintrag vom 20. Februar 2019 erkundigte sich die Hausärztin bei der Beschwerdegegnerin erneut telefonisch, ob der Beschwerdeführer bei der P.\_\_\_\_ eine Referenzlösung trinken und dann von zu Hause aus die Urinprobe einsenden könne. Dies sei gemäss Rücksprache mit der P.\_\_\_\_ (Dr. med. O.\_\_\_\_) möglich. Zudem wolle sie die Frist für die Einreichung des Behandlungsplanes erstrecken. Die Hausärztin bzw. ihr Sekretariat wurde von der Beschwerdegegnerin dahingehend informiert, dass sie diesbezüglich nach den Ferien kontaktiert werde (S. 18; vgl. auch Schreiben der Hausärztin an die Beschwerdegegnerin vom 21. Februar 2019 [IV-Nr. 107]). Am 7. März 2019 orientierte die Beschwerdegegnerin den Beschwerdeführer (mit Kopie u.a. auch an die Hausärztin) dahingehend, gemäss ihren Abklärungen bestehe kein Anspruch auf eine Invalidenrente (IV-Nr. 108). Gleichentags erliess sie die vorliegend angefochtene Verfügung (IV-Nr. 109). Laut Protokolleintrag vom 18. März 2019 liess die Hausärztin bzw. ihr Sekretariat bei der Beschwerdegegnerin nachfragen, ob sie ihr Schreiben vom 21. Februar 2019 gelesen habe; im Orientierungsschreiben vom 7. März

2019 sei darüber nichts erwähnt worden. Die Beschwerdegegnerin bestätigte daraufhin, vom Inhalt des Schreibens der Hausärztin Kenntnis zu haben. Dieses ändere jedoch nichts an der Tatsache, dass sie nach Ablauf der gewährten Frist gemäss Einschreiben vom 14. Januar 2019 noch keinen Behandlungsplan erhalten habe. In der Folge seien nun die angekündigten Säumnisfolgen zum Tragen gekommen (S. 18). Ebenfalls am 18. März 2019 teilte die Hausärztin der Beschwerdegegnerin telefonisch mit, sie könne den Hergang nicht nachvollziehen. Sie habe schliesslich um eine Fristerstreckung gebeten und diese auch erhalten. Sie habe wiederholt, dass der Beschwerdeführer nicht in der Lage sei, die Urinproben in der Öffentlichkeit abzugeben. Daraufhin sei ihr entgegnet worden, dass es nicht nur um die Urinproben gehe, sondern auch um den Behandlungsplan, der bei der Beschwerdegegnerin bis spätestens am 15. Februar 2019 hätte vorliegen müssen. Die Hausärztin habe auch nach mehrmaliger Rückfrage angegeben, sie wisse nichts von einem Behandlungsplan; sie habe diesbezüglich an den Psychotherapeuten lic. phil. D.\_\_\_\_ verwiesen. Es sei ihr dann erläutert worden, dass es in der Verantwortung des Versicherten liege, die Auflagen zu erfüllen. Mangels Erfüllen der Auflage sei die angefochtene Verfügung erlassen worden. Die Hausärztin habe verlangt, mit der zuständigen RAD-Ärztin sprechen zu können. Es sei ihr angeboten worden, dass dieses Anliegen an die RAD-Ärztin weitergeleitet werde (Protokolleintrag vom 18. März, S. 18). Am 12. April 2019 erkundigte sich die Hausärztin bei der Beschwerdegegnerin telefonisch nach dem noch nicht erfolgten Rückruf. Sie könne den Behandlungsplan erst einreichen, wenn der Rückruf der RAD-Ärztin erfolgt sei (vgl. Protokolleintrag vom 12. April 2019, S. 19). Diese Vorgänge ergeben sich aus den vorliegend ins Recht gelegten Akten und werden von keiner Seite bestritten.

4.3.3 Es trifft nach dem Gesagten zu, dass sich der Beschwerdeführer auf das Schreiben der Beschwerdegegnerin vom 14. Januar 2019 hin zwar spät, aber immerhin noch rechtzeitig vor Ablauf der bis zum 15. Februar 2019 laufenden Frist wegen der ihm erteilten Auflagen mit seiner Hausärztin in Verbindung setzte und der Beschwerdegegnerin am 12. Februar 2019 mitteilte, der Behandlungsplan werde erst am 14. Februar 2019 mit der Hausärztin besprochen und ihr dann rasch möglichst zugestellt. Aufgrund der vorliegenden Akten ist davon auszugehen, dass der Hausärztin offenbar nicht klar war, dass sie nicht nur die ab März 2019 zu erbringenden Urinproben zu organisieren, sondern auch den verlangten Behandlungsplan innert der bis zum 15. Februar 2019 gesetzten Frist mit dem Beschwerdeführer zu besprechen und der Beschwerdegegnerin einzureichen hatte. Darauf wurde sie mit Schreiben vom 14. Januar (Kopie) und 14. Februar 2019, welche der Hausärztin zugestellt wurden, zwar ausdrücklich hingewiesen (IV-Nr. 103 und 106), offenbar hatte sie diese Schreiben jedoch nicht richtig verstanden. Dementsprechend ersuchte sie am 20. Februar 2019 um Erstreckung der Frist für die Einreichung des Behandlungsplanes (vgl. Protokolleintrag vom 20. Februar 2019, S. 18) und erklärte im Telefongespräch mit der Beschwerdegegnerin vom 18. März 2019 auf mehrmalige Rückfrage hin, sie wisse nichts von einem Behandlungsplan. Stattdessen verwies sie diesbezüglich auf den behandelnden Psychologen lic. phil. D.\_\_\_\_ (vgl. Protokolleintrag vom 18. März 2019, S. 18). Demnach ging die Hausärztin offenbar davon aus, für die Einreichung des Behandlungsplanes sei nicht sie, sondern der behandelnde Psychologe zuständig. Der Beschwerdeführer vertraute jedoch gemäss seinem Telefongespräch mit der Beschwerdegegnerin vom 12. Februar 2019 darauf, dass seine Hausärztin den Behandlungsplan noch fristgerecht einreichen werde. Da hier somit von einem Versehen der Hausärztin auszugehen ist, kann dem Beschwerdeführer nicht vorgeworfen werden, er habe unter den gegebenen Umständen seine Mitwirkungspflicht in unentschuldbarer Weise

verletzt. Wie erwähnt, ist die Verletzung der Mitwirkungspflicht im Sinne von Art. 43 Abs. 3 ATSG nur massgebend, wenn sie auf die versicherte bzw. leistungsbeanspruchende Person zurückgeht. Wird die Auskunftspflicht durch die Hausärztin nicht befolgt, kann dies nicht zum Vorgehen führen, welches in Art. 43 Abs. 3 ATSG festgelegt ist (vgl. E. II. 4.3.1 hiervor). Die von der Beschwerdegegnerin in der vorliegend angefochtenen Verfügung ausgesprochene Säumnisfolge (Entscheid aufgrund der vorhandenen Akten) erweist sich damit als unzulässig. Vielmehr wäre die Beschwerdegegnerin unter den gegebenen Umständen verpflichtet gewesen, die Hausärztin nach den Ferien nochmals zu kontaktieren, wie sie dies deren Sekretariat am 20. Februar 2019 telefonisch denn auch in Aussicht gestellt hatte. Anlässlich dieses Gesprächs hätte das korrekte Vorgehen mit der Hausärztin geklärt werden können. Die vorliegend angefochtene Verfügung, worin der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente sowie berufliche Massnahmen wegen nichterfüllter Auflagen im Mahn- und Bedenkzeitverfahren vom 14. Januar 2019 abgewiesen wurde, ist daher aufzuheben. 5. Zum Einwand des Beschwerdeführers, die in der angefochtenen Verfügung vorgenommene materielle Abweisung des Rentenbegehrens sei unzulässig (Beschwerde, S. 11 ff. Ziff. 6 ff.; A.S. 23 ff.), ist Folgendes festzuhalten: 5.1 Das Bundesgericht hat seine Rechtsprechung bezüglich des Anspruchs auf Leistungen der Invalidenversicherung bei Vorliegen einer Suchterkrankung in BGE 145 V 215 geändert. Künftig ist – wie bei allen anderen psychischen Erkrankungen – anhand eines strukturierten Beweisverfahrens abzuklären, ob sich eine fachärztlich diagnostizierte Suchtmittelabhängigkeit auf die Arbeitsfähigkeit der betroffenen Person auswirkt. Nach Auffassung des Bundesgerichts handelt es sich bei einer Sucht klar um ein krankheitswertiges Geschehen. Es dränge sich insofern die gleiche Sichtweise auf wie bei anderen psychischen Störungen, bei denen im Einzelfall aufgrund objektiver Massstäbe beurteilt werde, ob die betroffene Person trotz des ärztlich diagnostizierten Leidens ganz oder teilweise einer (angepassten) Arbeit nachgehen könne. Die Rechtsprechung sei deshalb dahingehend zu ändern, dass einem fachärztlich einwandfrei diagnostizierten Abhängigkeitssyndrom bzw. einer Substanzkonsumstörung nicht mehr zum vornherein jegliche IV-rechtliche Relevanz abgesprochen werde. Es sei wie bei allen anderen psychischen Erkrankungen nach dem strukturierten Beweisverfahren (BGE 141 V 281) zu ermitteln, ob und gegebenenfalls inwieweit sich ein fachärztlich diagnostiziertes Abhängigkeitssyndrom im Einzelfall auf die Arbeitsfähigkeit auswirke. Selbstverständlich gelte auch bei einem Abhängigkeitssyndrom die Pflicht zur Schadenminderung. Vom Betroffenen könne etwa die aktive Teilnahme an zumutbaren medizinischen Behandlungen verlangt werden. Komme er dieser Schadenminderungspflicht nicht nach und erhalte somit seinen krankhaften Zustand aufrecht, sei eine Verweigerung oder Kürzung der Leistungen möglich (vgl. Medienmitteilung des Bundesgerichts vom 5. August 2019; BGE 145 V 215 E. 5 ff. S. 221 ff.). Diese neue Rechtsprechung ist auf alle im Zeitpunkt der Praxisänderung noch nicht rechtskräftig erledigten Fälle anzuwenden (vgl. IV-Rundschreiben Nr. 395 des Bundesamtes für Sozialversicherungen [BSV] vom 28. November 2019 mit Hinweis auf das Urteil des Bundesgerichts 8C\_259/2019 vom 14. Oktober 2019 E. 5.1). 5.2 Der psychiatrische Gutachter pract. med. K. \_\_\_ nahm zu den Indikatoren gemäss BGE 141 V 281 Stellung. Er kam zum Schluss, dass erst nach der Umsetzung seiner Empfehlungen (Suchtmittelentzug mit andauernder Abstinenz, Beurteilung der Reduktion der Folgeschäden frühestens nach sechs, eher nach zwölf Monaten nach Abstinenzbeginn, parallel dazu ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Begleitung und Therapie zur Reduktion der

Pathologien, nach Entzug allenfalls Durchführung einer Arbeitsabklärung) überprüft werden könne, ob der Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht über genügend Ressourcen verfüge, um die aus somatischer Sicht attestierte Arbeitsfähigkeit zu realisieren. Die Prognose sei offen. Es hänge davon ab, wie tiefgreifend die erwähnten Schädigungen seien, d.h. ob sich diese durch eine Abstinenz reduzieren liessen. Zurzeit sei der Explorand aufgrund seines Verhaltens und seiner Apathie in seiner angestammten Tätigkeit als Drucktechnologe nicht einsetzbar. Auch für Verweistätigkeiten seien die Einschränkungen aktuell zu stark ausgeprägt. Darüber hinaus sei der Explorand mit seinem aktuellen Verhalten auch keinem Arbeitgeber zumutbar (IV-Nr. 85 S. 18 f.; vgl. E. II. 3.10.2 hiervor). Auch nach der Einschätzung von Dr. med. F.\_\_\_\_ ist die Arbeitsfähigkeit angesichts der tiefgreifenden und sehr wahrscheinlich bereits aktuell chronifizierten Störung auf eine nicht absehbare Zeit hinaus völlig ausgeschlossen (IV-Nr. 18 S. 13; vgl. E. II. 3.4 hiervor). Daran hält Dr. med. F.\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 12. Juni 2018 fest (IV-Nr. 98 S. 5 ff.; vgl. E. II. 3.13 hiervor). Eine aktuell vollständige Arbeitsunfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt entspricht auch der Einschätzung des behandelnden Psychologen lic. phil. D.\_\_\_\_ (IV-Nr. 88; vgl. E. II. 3.11 hiervor) sowie der Hausärztin Dr. med. C.\_\_\_\_ (IV-Nr. 101 S. 1; vgl. E. II. 3.14 hiervor). Somit sind sich die in dieser Angelegenheit involvierten Fachärzte, der behandelnde Psychologe sowie die Hausärztin einig, dass beim Beschwerdeführer im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 7. März 2019 keine Arbeitsfähigkeit mehr bestand.

5.3 Art. 43 Abs. 3 ATSG lässt zwei Sanktionen zu. Der Verwaltungsträger kann aufgrund der vorliegenden Akten beschliessen oder er kann – nach Einstellung der Erhebungen – auf das Leistungsbegehren nicht eintreten. Das Gesetz gibt keine Richtlinien, wie zwischen den beiden Sanktionen zu wählen ist. Immerhin ist nach der Praxis zu beachten, dass von der Möglichkeit des Nichteintretens zurückhaltend Gebrauch zu machen ist. Soweit aufgrund der Akten ein materieller Entscheid möglich ist, soll kein Nichteintretensentscheid gefällt werden. Allemal ist zu berücksichtigen, dass die für die Partei «günstigere Variante» zu wählen ist. Soweit die verweigerte Mitwirkung die Überprüfung einer Rentenanpassung betrifft, ergibt die Androhung des Nichteintretens keinen Sinn; hier kann es sich nur darum handeln, dass die «gesamte Aktenlage materiell berücksichtigt werden muss» (Kieser, a.a.O., S. 587 f. Rz. 100).

5.4 Die Nichterfüllung der erwähnten Auflagen im Mahn- und Bedenkzeitverfahren vom 14. Januar 2019 hat vorliegend zur Folge, dass die aktuell vorhandene Aktenlage materiell zu berücksichtigen und zu prüfen ist, ob der Beschwerde Anspruch auf eine Invalidenrente und/oder weitere berufliche Eingliederungsmassnahmen hat. Diese Prüfung führt – wie erwähnt – zum Schluss, dass der Beschwerdeführer sowohl in der bisherigen Tätigkeit als auch in einer Verweistätigkeit aktuell arbeitsunfähig ist. Für die von der Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung dargelegte Auffassung, dass im Falle einer Abstinenz von einer vollen Arbeitsfähigkeit auszugehen sei, besteht keine Grundlage, da dies nach den fachärztlichen, hier massgebenden Angaben zuerst noch abgeklärt werden muss. Dies räumt die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung denn auch selber ein, indem sie darauf hinweist, allfällige Folgeschäden liessen sich wegen der Nichterfüllung der Auflagen nicht abklären. Eine materielle Beurteilung der vom Beschwerdeführer gestellten Leistungsbegehren ist aufgrund der vorliegenden Aktenlage weder möglich noch zulässig. Die von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Umkehr der Beweislast bezüglich der Folgeschäden und der Arbeitsfähigkeit ist nicht gesetzeskonform. Im Weiteren gilt es Folgendes zu beachten: Die bisherige Rechtsprechung des Bundesgerichts zu den primären Suchterkrankungen bejahte grundsätzlich die Möglichkeit der Anordnung einer

Entzugsbehandlung unter dem Titel der Abklärungsmassnahme, wo es darum ging, die erwerblichen Auswirkungen einer – invaliditätsfremden – primären Abhängigkeit von denjenigen eines invalidisierenden Gesundheitsschadens abzugrenzen. Hingegen kam eine solche Massnahme bei – invalidenversicherungsrechtlich beachtlicher – sekundärer Abhängigkeit unter dem Titel der Schadenminderungspflicht in Frage. Nach geänderter Rechtsprechung sind auch primäre Abhängigkeiten von psychotropen Substanzen als – potenziell – invalidisierende Gesundheitsschäden abzuklären. Wie bei den sekundären Suchtgeschehen ist demnach neu auch bei primären Abhängigkeitssyndromen die Anordnung einer Entzugsbehandlung im Vorfeld einer Begutachtung unter dem Titel der Mitwirkungspflicht im Abklärungsverfahren nicht statthaft, würde damit doch die Qualifikation des Suchtgeschehens und seiner erwerblichen Auswirkungen als zum vornherein invalidenversicherungsrechtlich irrelevant und deshalb auszuschneiden vorweggenommen. Wie es sich damit verhält, ist im Abklärungsverfahren erst zu untersuchen. Demgegenüber darf eine Entzugsbehandlung als Behandlungsmassnahme – sofern im konkreten Fall zumutbar – selbstredend (unverändert) jederzeit zur Schadenminderung angeordnet werden. Eine Verletzung der Schadenminderungspflicht berechtigt die Verwaltung indes nicht zum Nichteintreten auf das Leistungersuchen, sondern allenfalls zur Kürzung oder Verweigerung der Leistungen (Urteil des Bundesgerichts 9C\_309/2019 vom 7. November 2019 E. 4.2.2. mit Hinweisen). Ob die versicherte Person ihrer Schadenminderung nachgekommen ist und ob die Behandlung erfolgreich war, ist durch die IV-Stelle zu gegebener Zeit revisionsweise zu prüfen (IV-Rundschreiben Nr. 395 des BSV vom 28. November 2019). Angesichts des Umstands, dass der behandelnde Psychologe der Beschwerdegegnerin mit E-Mail vom 3. September 2019 mitteilte, der Beschwerdeführer sei «seit Monaten bezüglich Suchtmittel abstinenter» (A.S. 39; vgl. E. I. 2.6 hiervor), scheint sich als medizinische Grundlage des materiellen Entscheids eine neue psychiatrische Begutachtung aufzudrängen, wie dies von der Beschwerdegegnerin im Rahmen des Mahn- und Bedenkzeitverfahrens vom 14. Januar 2019 denn auch in Aussicht gestellt wurde (vgl. IV-Nr. 103 S. 2 oben). Die erneute Anordnung einer Entzugsbehandlung im Hinblick auf die neue psychiatrische Begutachtung unter dem Titel der Mitwirkungspflicht im Abklärungsverfahren ist nach dem Gesagten nicht statthaft. Die Sache ist daher an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie weitere psychiatrische Abklärungen vornehme und anschliessend über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers neu entscheide. Eine Rückweisung an die IV-Stelle ist möglich, wenn diese allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist (BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4 S. 264 f.). Im vorliegenden Fall ist die andauernde Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers gänzlich ungeklärt. In Nachachtung des der Beschwerdegegnerin obliegenden Untersuchungsgrundsatzes (Art. 43 Abs. 1 ATSG) ist ein Vorgehen im oben dargelegten Sinn angezeigt. Eine Rückweisung erscheint auch deshalb sinnvoll, weil im Anschluss an die noch durchzuführenden medizinischen Abklärungen gegebenenfalls noch berufliche Abklärungs- und Eingliederungsmassnahmen durchzuführen sind (vgl. Gutachten von pract. med. K. \_\_\_ vom 17. November 2017, S. 20 oben; IV-Nr. 85 S. 20; E. II. 3.10.2 hiervor). Von der Anordnung eines psychiatrischen Gerichtsgutachtens, wie dies vom Beschwerdeführer in der Beschwerdebegründung eventualiter beantragt wird (A.S. 14), ist nach dem Gesagten abzusehen. 6. 6.1 Unter dem Gesichtspunkt des (bundesrechtlichen) Anspruchs auf eine Parteientschädigung im Streit um eine Sozialversicherungsleistung gilt die Aufhebung einer ablehnenden Verfügung und die

Rückweisung der Sache an die Verwaltung zu ergänzender Abklärung und neuer Beurteilung als Obsiegen der versicherten Person (BGE 132 V 215 E. 6.2 S. 235 f.). Dem Beschwerdeführer steht somit eine ordentliche Parteientschädigung zu Lasten der Beschwerdegegnerin zu. Die Vertreterin des Beschwerdeführers macht mit Kostennote vom 24. Juni 2019 (A.S. 35 f.) einen Aufwand von 13 Stunden, einen Stundenansatz von CHF 230.00 und Auslagen von insgesamt CHF 71.50 geltend, was zu einer Kostenforderung von insgesamt CHF 3'297.25 (Honorar von CHF 2'990.00, Auslagen von CHF 71.50 und MwSt. von CHF 235.75) führt. Die Höhe dieser Kostenforderung ist nicht zu beanstanden und die entsprechende Entschädigung ist zuzusprechen. 6.2 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. Nach dem Ausgang des vorliegenden Verfahrens hat die Beschwerdegegnerin die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen. Folglich ist dem Beschwerdeführer der geleistete Kostenvorschuss von CHF 600.00 zurückzuerstatten.

#### **E. 4**

Subeventualiter: Die Beschwerdegegnerin sei anzuweisen, dem Beschwerdeführer eine neue Frist zur Einreichung eines schriftlichen, konkretisierten Behandlungsplans für den Suchtmittelentzug und die anschliessende Entwöhnungsbehandlung anzusetzen.

#### **E. 4.1**

4.1.1 Die Beschwerdegegnerin lehnte mit vorliegend angefochtener Verfügung vom 7. März 2019 den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente sowie berufliche Eingliederungsmassnahmen im Wesentlichen mit der Begründung ab, aus rheumatologischer Sicht sei im Rahmen der bidisziplinären Begutachtung keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt worden. Der psychiatrische Gutachter habe dagegen festgestellt, dass der Beschwerdeführer seit Ende 2012 nicht arbeitsfähig sei. Grund dafür sei der fortgesetzte schädliche Cannabiskonsum (F12.1), die dadurch bedingte Persönlichkeits- und Verhaltensstörung (F12.71) sowie ein residualaffektives Zustandsbild (F12.72). Der Cannabiskonsum sei bei nicht belegter Vordiagnose als primärer Suchtmittelkonsum zu werten. Die bisherige Therapie sei nicht angemessen, denn das Kernproblem, der schädliche Gebrauch von Cannabis, sei nicht ziel- bzw. änderungsorientiert thematisiert worden. Um allfällige invalidisierende Folgeschäden überhaupt beurteilen zu können, müsste der Beschwerdeführer mindestens sechs Monate abstinent bleiben. Dies bedeute, dass er sich einem Entzug unterziehen müsse. Ein solcher Entzug wie auch die folgende Abstinenz wären ihm im Rahmen seiner ihm obliegenden Schadenminderungspflicht zuzumuten. Nach der Aussage des Beschwerdeführers stehe für ihn eine Abstinenz nicht zu Diskussion. Ein invalidisierender Gesundheitsschaden im Sinne des Gesetzes sei nicht ausgewiesen. Gestützt auf den Einwand des Beschwerdeführers sei ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren eingeleitet worden. Der Beschwerdeführer hätte bis zum 15. Februar 2019 einen schriftlichen Behandlungsplan für den Suchtmittelentzug und die anschliessende Entwöhnungsbehandlung zustellen sollen. Ausserdem sei erwartet worden, dass er monatliche Urinproben erbringe, welche eine Cannabisabstinenz belegen sollten. Bis zum erwähnten Zeitpunkt sei kein Behandlungsplan zugestellt worden. Die Hausärztin habe zwar mitgeteilt, dass dieser am 14. Februar 2019 besprochen und ihr anschliessend möglichst rasch zugestellt werde; der Behandlungsplan sei jedoch nicht

eingetroffen. Die Auflagen gemäss Mahn- und Bedenkzeitverfahren seien daher nicht erfüllt worden und die angedrohten Säumnisfolgen gelangten demnach zur Anwendung. Der Entscheid werde aufgrund der vorhandenen Akten gefällt. Die gesundheitlichen Einschränkungen seien in erster Linie auf den Cannabiskonsum zurückzuführen. Laut Gutachten von pract. med. K. \_\_\_ vom 23. November 2017 sei davon auszugehen, dass eine Abstinenz von Cannabis zu einer Besserung der gesundheitlichen Situation führen würde. Ausserdem wäre es erst möglich, die allfälligen Folgeschäden des Cannabiskonsums zu beurteilen, wenn der Beschwerdeführer während 6 bis 12 Monaten abstinent wäre. Da der Beschwerdeführer den geforderten Auflagen zur Abstinenz nicht nachgekommen sei, könne die Auswirkung allfälliger Folgeschäden nicht abgeklärt werden, weshalb der Beschwerdeführer die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen habe. Es werde davon ausgegangen, dass im Fall einer Abstinenz eine volle Arbeitsfähigkeit vorliegen würde. Daraus folge, dass kein Anspruch auf eine Invalidenrente oder berufliche Eingliederungsmassnahmen bestehe. Bei der vorliegenden Diskrepanz zwischen den Beurteilungen von pract. med. K. \_\_\_ und Dr. med. F. \_\_\_ sei auf das aktuellere Gutachten von pract. med. K. \_\_\_ vom 17. November 2017 abzustellen. Beim Bericht von Dr. med. F. \_\_\_ vom 19. Februar 2015 handle es sich nur um einen kurzen sechsseitigen Untersuchungsbericht. Somit sei dem Gutachten von pract. med. K. \_\_\_ vom 17. November 2017, welches den Kriterien für eine beweiskräftige Expertise entspreche, ein höherer Beweiswert zuzumessen (IV-Nr. 109; A.S. 1 ff.).

4.1.2 Der Beschwerdeführer lässt demgegenüber geltend machen, die angefochtene Verfügung vom 7. März 2019 sei aufzuheben und es seien ihm die gesetzlichen Leistungen (IV-Rente, berufliche Massnahmen, Integrationsmassnahmen, sozialberufliche Massnahmen) auszurichten. Eventualiter sei ein psychiatrisches Gerichtsgutachten einzuholen, subeventualiter sei die Beschwerdegegnerin anzuweisen, ihm eine neue Frist zur Einreichung eines schriftlichen, konkretisierten Behandlungsplans für den Suchtmittelentzug und die anschliessende Entwöhnungsbehandlung anzusetzen. Subsubeventualiter sei auf das Leistungsbegehren nicht einzutreten. Zur Begründung legt er im Wesentlichen dar, die ihm von der Beschwerdegegnerin mit Schreiben vom 14. Januar 2019 auferlegte Abstinenzauflage sei unverhältnismässig und unzumutbar. Sodann sei der Sachverhalt in der angefochtenen Verfügung nicht vollständig wiedergegeben worden. Nach den vorliegenden Akten sei nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen worden, dass die dem Beschwerdeführer auferlegten Massnahmen geeignet seien, den versicherten Schaden erheblich zu reduzieren. Zudem sei das Ausmass einer allenfalls minderbaren Schädigung nicht abschätzbar. Die dem Beschwerdeführer bereits im Abklärungsverfahren auferlegte Selbsteingliederungsmassnahme sei unzulässig.

Im Weiteren lässt der Beschwerdeführer beantragen, sollte das Versicherungsgericht wider Erwarten davon ausgehen, dass die ihm im Rahmen des Mahn- und Bedenkzeitverfahrens auferlegten Auflagen (Einreichung eines schriftlichen Behandlungsplans für den Suchtmittelentzug und anschliessende Entwöhnungsbehandlung) zulässig seien, sei zu prüfen, ob der Beschwerdeführer diese Auflagen schuldhaft verletzt habe. Gemäss den Akten sei davon auszugehen, dass die Hausärztin das Schreiben betreffend Abstinenz vom Cannabiskonsum vom 14. Januar 2019 nicht richtig verstanden habe. Der Beschwerdeführer habe darauf vertraut, dass die Hausärztin der Beschwerdegegnerin den Behandlungsplan einreichen werde. Es sei unter den gegebenen Umständen nicht davon

auszugehen, dass der Beschwerdeführer seine Mitwirkungspflicht in unentschuldbarer, nicht nachvollziehbarer Weise verletzt habe. Die von der Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung ausgesprochenen Säumnisfolgen seien daher zu Unrecht erfolgt. Die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin anzuweisen, dem Beschwerdeführer eine neue Frist zur Einreichung eines schriftlichen Behandlungsplans für den Suchtmittelentzug und die anschliessende Entwöhnungsbehandlung sowie den Nachweis von negativen Urinproben anzusetzen. Die Beschwerdegegnerin sei weiter zu verpflichten, die Auflagen zu konkretisieren und dem Beschwerdeführer mitzuteilen, was der Behandlungsplan für den Suchtmittelentzug und die anschliessende Entwöhnungsbehandlung genau beinhalteten und bei wem er diese Unterlagen anfordern müsse.

Ferner lässt der Beschwerdeführer geltend machen, falls das Versicherungsgericht wider Erwarten zur Auffassung gelangen sollte, dass der Beschwerdeführer die ihm auferlegten Auflagen schuldhaft verletzt habe, sei davon auszugehen, dass die in der angefochtenen Verfügung vorgenommene materielle Abweisung des Rentenbegehrens unzulässig sei. Die Beschwerdegegnerin räume in der angefochtenen Verfügung ein, dass sich allfällige Folgeschäden wegen der angeblichen Verletzung der Auflagen nicht abklären liessen. Eine materielle Beurteilung des Leistungsbegehrens aufgrund der Akten sei deshalb weder möglich noch zulässig. Die von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Umkehr der Beweislast bezüglich der Folgeschäden und der Arbeitsfähigkeit sei unzulässig. Zudem habe die Beschwerdegegnerin nicht geprüft, ob die alternative Sanktion (Einstellen der Erhebungen und Nichteintreten) für den Beschwerdeführer günstiger und unabhängig von der Verschuldensfrage auch sachgerechter wäre. Ein Verfahrensabbruch wäre für den Beschwerdeführer offensichtlich günstiger als der von der Beschwerdegegnerin aufgrund der Akten gefällte Entscheid. Gehe man von der Unzulässigkeit der gestellten Auflagen aus, so müsse das Leistungsbegehren gutgeheissen werden. Nach dem psychiatrischen Gutachten von pract. med. K. \_\_\_ sei davon auszugehen, dass die Suchterkrankung zu einem invalidisierenden Gesundheitsschaden geführt habe. Laut Gutachter bestehe beim Beschwerdeführer spätestens seit Ende 2012 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit sowohl in der angestammten Tätigkeit als auch in einer Verweistätigkeit. Dem Leistungsbegehren sei deshalb zu entsprechen, allenfalls sei die Streitsache an die Vorinstanz zurückzuweisen, damit diese vorgängig die Möglichkeit beruflicher Eingliederungsmassnahmen prüfe. Sollte das Gericht davon ausgehen, dass der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers für die Zusprache einer Rente noch nicht genügend abgeklärt sei, so sei ein Gerichtsgutachten über den psychischen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers einzuholen. Gestützt auf die vom Beschwerdeführer im Rahmen des Vorbescheidverfahrens eingereichte Stellungnahme von Dr. med. F. \_\_\_ habe sich die Beschwerdegegnerin immerhin veranlasst gesehen, dem Beschwerdeführer nach durchgeführtem Entzug noch einmal eine medizinische Begutachtung in Aussicht zu stellen. Gehe man von der Unzulässigkeit der gestellten Auflagen aus, sei die neue Begutachtung bereits im Sinne eines psychiatrischen Gerichtsgutachtens in Auftrag zu geben.

4.2 Zunächst ist der Einwand des Beschwerdeführers zu prüfen, wonach die von der Beschwerdegegnerin mit Schreiben vom 14. Januar 2019 bereits im Abklärungsverfahren im Rahmen eines Mahn- und Bedenkzeitverfahrens auferlegte Auflage für einen Suchtmittelentzug unverhältnismässig bzw. unzulässig sei (Beschwerdebegründung, S. 8 f., Ziff. 4; A.S. 20 f.).

4.2.1 Gemäss Art. 43 Abs. 1 Satz 1 ATSG prüft der Versicherungsträger die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein. Soweit ärztliche und fachliche Untersuchungen für die Beurteilung notwendig und zumutbar sind, hat sich die versicherte Person diesen zu unterziehen (Art. 43 Abs. 2). Kommen die versicherte Person oder andere Personen, die Leistungen beanspruchen, den Auskunfts- oder Mitwirkungspflichten in unentschuldbarer Weise nicht nach, so kann der Versicherungsträger auf Grund der Akten verfügen oder die Erhebungen einstellen und Nichteintreten beschliessen. Er muss diese Personen vorher schriftlich mahnen und auf die Rechtsfolgen hinweisen; ihnen ist eine angemessene Bedenkzeit einzuräumen (Art. 43 Abs. 3 ATSG).

Entzieht oder widersetzt sich eine versicherte Person einer zumutbaren Behandlung oder Eingliederung ins Erwerbsleben, die eine wesentliche Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder eine neue Erwerbsmöglichkeit verspricht, oder trägt sie nicht aus eigenem Antrieb das ihr Zumutbare dazu bei, so können ihr die Leistungen vor-übergehend oder dauernd gekürzt oder verweigert werden. Sie muss vorher schriftlich gemahnt und auf die Rechtsfolgen hingewiesen werden; ihr ist eine angemessene Bedenkzeit einzuräumen. Behandlungs- oder Eingliederungsmassnahmen, die eine Gefahr für Leben und Gesundheit darstellen, sind nicht zumutbar (Art. 21 Abs. 4 ATSG).

Gemäss Art. 7 Abs. 1 IVG muss die versicherte Person 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. Die versicherte Person muss an allen zumutbaren Massnahmen, die zur Erhaltung des bestehenden Arbeitsplatzes oder zu ihrer Eingliederung ins Erwerbsleben oder in einen dem Erwerbsleben gleichgestellten Aufgabenbereich dienen, aktiv teilnehmen. Dies sind insbesondere Massnahmen der Frühintervention, Integrationsmassnahmen zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung, Massnahmen beruflicher Art, medizinische Behandlungen nach Art. 25 KVG und Massnahmen zur Wiedereingliederung von Rentenbezügerinnen und Rentenbezügern nach Art. 8a Abs. 2 IVG (Art. 7 Abs. 2 lit. a bis e IVG).

Als zumutbar gilt jede Massnahme, die der Eingliederung der versicherten Person dient; ausgenommen sind Massnahmen, die ihrem Gesundheitszustand nicht angemessen ist (Art. 7a IVG).

Nach Art. 7b Abs. 1 IVG können die Leistungen nach Art. 21 Abs. 4 ATSG gekürzt oder verweigert werden, wenn die versicherte Person den Pflichten nach Art. 7 IVG oder nach Art. 43 Abs. 2 ATSG nicht nachgekommen ist. Beim Entscheid über die Kürzung oder Verweigerung der Leistung sind alle Umstände des Einzelfalles, insbesondere das Ausmass des Verschuldens der versicherten Person, zu berücksichtigen (Art. 7b Abs. 3 IVG).

4.2.2 Nach der Rechtsprechung gilt gemäss Art. 7a IVG als Ausfluss einer verstärkten Schadenminderungspflicht der Grundsatz der Zumutbarkeit jeder Massnahme, die der Eingliederung ins Erwerbsleben oder in einen Aufgabenbereich dient. Damit strebte der Gesetzgeber in Bezug auf die Zumutbarkeitsfrage eine Verschiebung der Beweislast an. Die Beweislast für die Unzumutbarkeit einer Massnahme im Sinne von Art. 7 Abs. 2 IVG liegt somit neu bei der versicherten Person (Urteil des Bundesgerichts 8C\_741/2018 vom 22. Mai 2019 E. 3.3 mit Hinweisen).

Im Rahmen der Schadenminderungspflicht ist die versicherte Person jederzeit gehalten, sich im Sinn der Selbsteingliederung einer zumutbaren Behandlung zu unterziehen, wenn die

Möglichkeit dazu besteht (vgl. Art. 7 Abs. 2 lit. d IVG). Grundsätzlich sind die Anforderungen an die Schadenminderungspflicht dort strenger, wo eine erhöhte Inanspruchnahme der Invalidenversicherung in Frage steht, namentlich wenn der Verzicht auf schadenmindernde Vorkehren Rentenleistungen auslöst. Nach der Rechtsprechung ist die fortgesetzte Krankheitsbehandlung, die insbesondere auch die dauernde Einnahme ärztlich verschriebener Medikamente umfasst, in aller Regel eine jederzeit zumutbare Form allgemeiner Schadenminderung; dazu zählt auch die dauernde Einnahme von ärztlich verschriebenen Schmerzmitteln, selbst wenn diese mit Nebenwirkungen verbunden ist. Die aus fachärztlicher Sicht indizierten und zumutbaren (ambulanten und stationären) Behandlungsmöglichkeiten hat die versicherte Person in kooperativer Weise optimal und nachhaltig auszuschöpfen. Welche konkreten Behandlungsmöglichkeiten indiziert und zumutbar sind, bestimmt der Facharzt oder die Fachärztin (Urteil des Bundesgerichts 8C\_741/2018 vom 22. Mai 2019 E. 4 mit Hinweisen).

4.2.3 Der psychiatrische Gutachter pract. med. K. \_\_\_ stellte beim Beschwerdeführer in seinem Gutachten vom 17. November 2017 (Untersuchung vom 24. Oktober 2017) die Diagnose (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) einer Persönlichkeits- und Verhaltensstörung (ICD-10 F12.71) sowie eines residualaffektiven Zustandsbilds (depressiv/apathisch; ICD-10 F12.72) bei schädlichem Gebrauch von Cannabinoiden (ICD-10 F12.1) und hielt fest, der Cannabiskonsum sei bei nicht belegter Vordiagnose als primärer Suchtmittelkonsum zu werten. Jedoch bestünden offensichtliche Folgeschädigungen, die aktuell einen regulären Einsatz in der freien Wirtschaft verunmöglichten. Der psychiatrische Gutachter empfahl abschliessend, der Beschwerdeführer müsse andauernd abstinent bleiben, um überhaupt die Möglichkeit einer Reduktion der angeführten Folgeschäden zu erreichen. Dies bedeute, dass er sich einem Entzug unterziehen müsse. Auch wenn er keinerlei Einsicht in diese Thematik zeige, seien ihm ein solcher Entzug sowie auch eine folgende Abstinenz zuzumuten. Ob dann die Folgeschäden sich reduzierten, sollte frühestens nach sechs Monaten, eher nach 12 Monaten nach Abstinenzbeginn kontrolliert werden. Parallel sollte eine ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Begleitung und Therapie stattfinden, um mitzuhelfen, die Pathologien zu reduzieren. Auch könnte nach dem Entzug eine Arbeitsabklärung durchgeführt werden, sofern sich die Symptome bereits etwas reduziert haben sollten. Diese Massnahmen könnten dem Beschwerdeführer im Rahmen seiner Schadenminderungspflicht zugemutet werden (IV-Nr. 85 S. 14 ff.). Dieser Einschätzung stimmt Dr. med. F. \_\_\_, der den Beschwerdeführer im Auftrag der Krankentaggeldversichererin bereits im Januar 2015 ebenfalls untersucht hat (vgl. IV-Nr. 18 S. 9 ff.), in seiner Stellungnahme vom 12. Juni 2018 insoweit zu, als er darauf hinweist, die Notwendigkeit eines Suchtmittelentzugs sei klinisch vollkommen unbestritten, wobei er die Beantwortung der Frage, ob dem Beschwerdeführer, der für eine solche Massnahme keinerlei Einsicht zeige, ein Entzug zugemutet werden könne, dem Rechtsanwender überlässt. In Übereinstimmung mit dem behandelnden Psychologen lic. phil. D. \_\_\_ und der Hausärztin Dr. med. C. \_\_\_ hat er erhebliche Zweifel daran, dass ein Suchtmittelentzug ■ so wünschenswert dieser tatsächlich auch sein möge ■ zu einer wesentlichen Änderung in Denken, Fühlen und Verhalten des Beschwerdeführers führen werde (IV-Nr. 98 S. 10; vgl. E. II. 3.11, 3.13 und 3.14 hiervor). Es sei hinlänglich bekannt, dass Suchtmittelmissbrauch durchaus mit Persönlichkeitsstörungen vergesellschaftet sein könne, wobei der Konsum als Ableitung der Charakterneurose, sprich Persönlichkeitsstörung, anzusehen sei. Dr. med. F. \_\_\_ weist jedoch darauf hin, Persönlichkeitsstörungen seien keineswegs unverrückbare Schicksale,

sondern unter Therapie durchaus modulationsfähig. Insofern sollte man mit Verlaufsvorhersagen zurückhaltend sein. Es sei somit durchaus im Bereich des Möglichen, dass im Laufe der kommenden Jahre beim Beschwerdeführer zumindest eine Teilarbeitsfähigkeit darstellbar sein könnte (IV-Nr. 98 S. 10).

Aufgrund dieser fachärztlichen Einschätzungen von pract. med. K.\_\_\_\_ sowie Dr. med. F.\_\_\_\_, welche zwar unterschiedliche Diagnosen stellen, jedoch insofern übereinstimmen, als der Beschwerdeführer aufgrund des bestehenden Zustandsbildes im ersten Arbeitsmarkt aktuell als vollumfänglich arbeitsunfähig anzusehen sei und eine Wiederherstellung zumindest einer Teilarbeitsfähigkeit unter Therapie durchaus als möglich erscheine, kann nicht gesagt werden, die dem Beschwerdeführer auferlegten Massnahmen, die Einreichung eines schriftlichen Behandlungsplans für den Suchtmittelentzug und die anschliessende Entwöhnungsbehandlung, seien nicht geeignet, den versicherten Schaden erheblich zu reduzieren. Nach den überzeugenden fachärztlichen Angaben von pract. med. K.\_\_\_\_ muss ein Entzug und eine andauernde Abstinenz verlangt werden, um überhaupt die Möglichkeit einer Reduktion der Folgeschäden zu erreichen (IV-Nr. 85 S. 19; vgl. E. II. 3.10.2 hiervor). Ob und inwieweit eine kombinierte Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F61.0), wie sie von Dr. med. F.\_\_\_\_ in seinem Untersuchungsbericht vom 19. Februar 2015 diagnostiziert wurde (IV-Nr. 18 S. 13; vgl. E. II. 3.4 hiervor), oder aber eine Persönlichkeits- und Verhaltensstörung (ICD-10: F12.71) sowie ein residualaffektives Zustandsbild (depressiv/apathisch; ICD-10: 12.72) nach den Angaben von pract. med. K.\_\_\_\_ die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers mindern, kann wegen der diese psychische Problematik überlagernden Drogensucht erst beurteilt werden, nachdem sich der Beschwerdeführer einer länger dauernden, ärztlich kontrollierten Entzugsbehandlung unterzogen hat. Der Drogenentzug ist demnach Voraussetzung für eine nachhaltige psychiatrische Behandlung. Pract. med. K.\_\_\_\_ legte überzeugend dar, erst nach der Umsetzung des empfohlenen Cannabisentzugs und einer andauernden Abstinenz könne überprüft werden, ob der Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht über genügend Ressourcen verfüge, um die aus somatischer Sicht attestierte Arbeitsfähigkeit zu realisieren (IV-Nr. 85 S. 19; vgl. E. II. 3.10.2 hiervor). Davon ist auszugehen. Bei der von der Beschwerdegegnerin gestützt auf das psychiatrische Gutachten von pract. med. K.\_\_\_\_ sowie die Stellungnahmen der RAD-Ärztin vom 5. April, 9. September und 27. November 2018 (IV-Nr. 91, 100 und 102) im Rahmen des Mahn- und Bedenkzeitverfahrens vom 14. Januar 2019 gestellten Auflage, der Beschwerdeführer habe einen schriftlichen Behandlungsplan für den Suchtmittelentzug und die anschliessende Entwöhnungsbehandlung zuzustellen und den monatlichen Nachweis einer negativen Urinprobe zu erbringen, handelt es sich grundsätzlich um eine geeignete und auch angemessene Massnahme, die es den Fachärzten und damit auch der Beschwerdegegnerin ermöglichen soll, das bestehende psychische Leiden des Beschwerdeführers nach dem erfolgreichen Entzug zuverlässig einordnen und dessen Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit beurteilen zu können. Sie dient vorerst der Eingliederung des Beschwerdeführers und trägt auch langfristig dazu bei, die Dauer und das Ausmass der Arbeitsunfähigkeit zu verringern und den Eintritt der Invalidität zu verhindern (vgl. auch Urteile des Bundesgerichts 8C\_394/2018 vom 11. März 2019 E. 4.2.1 und 8C\_483/2018 vom 11. Dezember 2018 E. 5.2). Dem Einwand des Beschwerdeführers, aufgrund der Akten sei nicht mit dem erforderlichen Grad an Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, dass die ihm auferlegten Massnahmen geeignet seien, den versicherten Schaden erheblich zu reduzieren, und das Ausmass einer allenfalls minderbaren Schädigung sei nicht

abschätzbar, kann nach dem Gesagten nicht gefolgt werden.

Im Weiteren ist festzuhalten, dass pract. med. K. \_\_\_ im Rahmen seiner Begutachtung ausdrücklich darauf hinwies, die von ihm empfohlenen Massnahmen seien dem Beschwerdeführer zuzumuten (vgl. IV-Nr. 85 S. 19 f.). Dies wird von Dr. med. F. \_\_\_ nicht bestritten, wobei er die Beantwortung dieser Frage dem Ermessen des Rechtsanwenders überlässt (IV-Nr. 98 S. 10). Aus den Akten geht hervor, dass der Beschwerdeführer schon wiederholt in der Lage war, seinen Cannabiskonsum über längere Zeit einzustellen, wenn es die konkrete Situation erforderte. So konnte er während der Absolvierung seines Militärdienstes sowie zur Wiedererlangung des Führerausweises auf den Konsum verzichten (vgl. E. II. 3.3 und 3.10.2 hiervor). Im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung gab er denn auch an, er rauche nur wegen des Rituals, der «Flash» sei ihm nicht wichtig (vgl. IV-Nr. 85 S. 15). Demnach ist beim auferlegten Cannabisentzug, der anschliessenden Entwöhnungsbehandlung sowie dem verlangten Nachweis einer andauernden Abstinenz von zumutbaren Massnahmen auszugehen. Dem vom Beschwerdeführer im Rahmen des Vorbescheidverfahrens geäusserten Einwand, die Auferlegung eines Abstinenznachweises im Rahmen der Schadenminderungspflicht sei unverhältnismässig, da er krankheitsbedingt nicht in der Lage sei, eine solche Auflage zu befolgen (vgl. IV-Nr. 98 S. 3), zielt nach dem Gesagten ins Leere. Der dem Beschwerdeführer obliegende Beweis für eine Unzumutbarkeit der fraglichen Massnahmen kann von ihm nicht erbracht werden. Dass Dr. med. F. \_\_\_, der behandelnde Psychologe und auch die Hausärztin die positive Wirkung des Cannabisentzugs bezweifeln (vgl. E. II. 3.11, 3.13 und 3.14 hiervor), genügt hierfür nicht. Die aus Sicht von pract. med. K. \_\_\_ indizierten und zumutbaren Auflagen und Behandlungsmöglichkeiten sind grundsätzlich in kooperativer Weise optimal und nachhaltig zu befolgen bzw. auszuschöpfen, zumal hier ■ der Beschwerdeführer beantragt Rentenleistungen und/oder weitere berufliche Eingliederungsmassnahmen ■ von einer strengen Schadenminderungspflicht auszugehen ist (vgl. E. II. 4.2.2 hiervor).

4.3 Der Beschwerdeführer lässt im Weiteren geltend machen, es sei zu prüfen, ob er diese Auflagen schuldhaft verletzt habe (Beschwerde, S. 10 f. Ziff. 5).

4.3.1 Gemäss Art. 43 Abs. 3 ATSG kann der Versicherungsträger nach durchgeführtem Mahn- und Bedenkzeitverfahren aufgrund der Akten verfügen oder die Erhebungen einstellen und Nichteintreten beschliessen, wenn die versicherte Person oder andere leistungsbeanspruchende Personen den Auskunfts- oder Mitwirkungspflichten in unentschuldbarer Weise nicht nachkommen. Die Verletzung der Auskunfts- oder Mitwirkungspflicht ist nur relevant, wenn sie in unentschuldbarer Weise erfolgt. Es muss sich mithin jedenfalls um eine schuldhafte Verletzung handeln, wobei das Verhalten der Person nicht mehr nachvollziehbar sein darf, was etwa dann gegeben ist, wenn ein Rechtfertigungsgrund nicht einmal ansatzweise erkennbar ist oder wenn das Verhalten schlechthin unverständlich ist (Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Aufl., 2015, S. 586 f. Rz. 92). Die Verletzung der Auskunfts- oder Mitwirkungspflicht ist nur massgebend, wenn sie auf die versicherte Person bzw. auf die leistungsbeanspruchende Person zurückgeht. Wird die Auskunftspflicht durch eine Ärztin bzw. einen Arzt nicht befolgt, kann dies nicht zum Vorgehen führen, welches in Art. 43 Abs. 3 ATSG festgelegt ist; dasselbe gilt, wenn eine Arbeitgeberin oder ein Arbeitgeber eine analoge Pflicht nicht erfüllt. Vielmehr ist in solchen Fällen mittels sonstiger Abklärungsmassnahmen anzustreben, den massgebenden Sachverhalt zu erstellen (Kieser, a.a.O., S. 586 Rz. 90).

4.3.2 Die Beschwerdegegnerin forderte den Beschwerdeführer nach Rücksprache mit der RAD-Ärztin im Rahmen eines Mahn- und Bedenkzeitverfahrens mit Schreiben vom 14. Januar 2019 auf, bis zum 15. Februar 2019 einen schriftlichen Behandlungsplan für den Suchtmittelentzug und die anschliessende Entwöhnungsbehandlung zuzustellen. Ab März 2019 sei ausserdem der monatliche Nachweis einer negativen Urinprobe zu erbringen; der jeweilige Bericht werde bis zum letzten Tag des Monats erwartet. Der Abstinenznachweis müsse für mindestens sechs Monate in Folge erbracht werden. Die Proben seien im Labor P.\_\_\_\_, [...] oder [...], abzunehmen. Der Beschwerdeführer habe telefonisch erreichbar zu sein bzw. eine Combox zur Verfügung zu stellen, auf welcher der Termin für die Urin- und/oder Blutkontrolle hinterlegt werden könne. Die IV-Stelle werde den Beschwerdeführer jeweils kurzfristig, d.h. ein bis zwei Tage vor dem Termin, telefonisch aufbieten. Erbringe der Beschwerdeführer während 6 Monaten den Nachweis für eine Suchtmittelabstinenz, werde eine medizinische Begutachtung veranlasst. Die Auflage bleibe bis zum Abschluss der Begutachtung bestehen. Sollte der Beschwerdeführer den vorerwähnten Auflagen nicht oder nur ungenügend nachkommen, werde ein Entscheid aufgrund der Akten gefällt, was voraussichtlich eine Abweisung von weiteren beruflichen Massnahmen und einer Invalidenrente zur Folge habe (IV-Nr. 103).

Der Beschwerdeführer teilte der Beschwerdegegnerin am 12. Februar 2019 telefonisch mit, der verlangte Behandlungsplan werde mit der Hausärztin erst am 14. Februar 2019 besprochen und der Beschwerdegegnerin rasch möglichst zugestellt (vgl. Protokolleintrag vom 12. Februar 2019, S. 17). In einem Telefongespräch mit der Hausärztin vom 14. Februar 2019, worin diese darum ersuchte, die Urinproben von zu Hause aus zu erbringen, da beim Beschwerdeführer ein erhöhtes Schamgefühl und eine damit verbundene Blockade bestehe, in der Öffentlichkeit Wasser zu lösen, sicherte die Beschwerdegegnerin der Hausärztin eine telefonische Rückmeldung zu. Im Weiteren wurde dieser mitgeteilt, es werde mit dem RAD Rücksprache genommen und die Hausärztin anschliessend informiert. Bis zu diesem Zeitpunkt werde natürlich kein Entscheid gefällt (Protokolleintrag vom 14. Februar 2019 S. 17 f.). Da die Hausärztin gemäss ihrem Anrufbeantworter erst wieder am 15. Februar 2019 ab 14:00 Uhr telefonisch erreichbar war, teilte die Beschwerdegegnerin dieser nach Konsultation des RAD mit Schreiben vom 14. Februar 2019 (A-Post) mit, die IV-Stelle führe keine Urinproben mehr durch, da dieser Bereich ausgelagert worden sei. Unabhängig davon obliege es dem Versicherten, den Nachweis der Abstinenz mit Unterstützung seiner Behandler zu erbringen. Wie dieser Nachweis erbracht werde, habe der Beschwerdeführer mit seiner behandelnden Ärztin zu besprechen. Folglich sei die von der Hausärztin vorgeschlagene Alternative nicht durchführbar. Im Übrigen gelte es gemäss dem Schreiben vom 14. Januar 2019, bis zum 15. Februar 2019 einen Behandlungsplan vorzulegen. Eine aufschiebende Wirkung betreffend Urinprobe werde entzogen (IV-Nr. 106; Protokolleintrag vom 14. Februar 2019, S. 18).

Gemäss dem Protokolleintrag vom 20. Februar 2019 erkundigte sich die Hausärztin bei der Beschwerdegegnerin erneut telefonisch, ob der Beschwerdeführer bei der P.\_\_\_\_ eine Referenzlösung trinken und dann von zu Hause aus die Urinprobe einsenden könne. Dies sei gemäss Rücksprache mit der P.\_\_\_\_ (Dr. med. O.\_\_\_\_) möglich. Zudem wolle sie die Frist für die Einreichung des Behandlungsplanes erstrecken. Die Hausärztin bzw. ihr Sekretariat wurde von der Beschwerdegegnerin dahingehend informiert, dass sie diesbezüglich nach den Ferien kontaktiert werde (S. 18; vgl. auch Schreiben der Hausärztin an die Beschwerdegegnerin vom 21. Februar 2019 [IV-Nr. 107]).

Am 7. März 2019 orientierte die Beschwerdegegnerin den Beschwerdeführer (mit Kopie u.a. auch an die Hausärztin) dahingehend, gemäss ihren Abklärungen bestehe kein Anspruch auf eine Invalidenrente (IV-Nr. 108). Gleichentags erliess sie die vorliegend angefochtene Verfügung (IV-Nr. 109). Laut Protokolleintrag vom 18. März 2019 liess die Hausärztin bzw. ihr Sekretariat bei der Beschwerdegegnerin nachfragen, ob sie ihr Schreiben vom 21. Februar 2019 gelesen habe; im Orientierungsschreiben vom 7. März 2019 sei darüber nichts erwähnt worden. Die Beschwerdegegnerin bestätigte daraufhin, vom Inhalt des Schreibens der Hausärztin Kenntnis zu haben. Dieses ändere jedoch nichts an der Tatsache, dass sie nach Ablauf der gewährten Frist gemäss Einschreiben vom 14. Januar 2019 noch keinen Behandlungsplan erhalten habe. In der Folge seien nun die angekündigten Säumnisfolgen zum Tragen gekommen (S. 18).

Ebenfalls am 18. März 2019 teilte die Hausärztin der Beschwerdegegnerin telefonisch mit, sie könne den Hergang nicht nachvollziehen. Sie habe schliesslich um eine Fristerstreckung gebeten und diese auch erhalten. Sie habe wiederholt, dass der Beschwerdeführer nicht in der Lage sei, die Urinproben in der Öffentlichkeit abzugeben. Daraufhin sei ihr entgegnet worden, dass es nicht nur um die Urinproben gehe, sondern auch um den Behandlungsplan, der bei der Beschwerdegegnerin bis spätestens am 15. Februar 2019 hätte vorliegen müssen. Die Hausärztin habe auch nach mehrmaliger Rückfrage angegeben, sie wisse nichts von einem Behandlungsplan; sie habe diesbezüglich an den Psychotherapeuten lic. phil. D. \_\_\_ verwiesen. Es sei ihr dann erläutert worden, dass es in der Verantwortung des Versicherten liege, die Auflagen zu erfüllen. Mangels Erfüllen der Auflage sei die angefochtene Verfügung erlassen worden. Die Hausärztin habe verlangt, mit der zuständigen RAD-Ärztin sprechen zu können. Es sei ihr angeboten worden, dass dieses Anliegen an die RAD-Ärztin weitergeleitet werde (Protokolleintrag vom 18. März, S. 18).

Am 12. April 2019 erkundigte sich die Hausärztin bei der Beschwerdegegnerin telefonisch nach dem noch nicht erfolgten Rückruf. Sie könne den Behandlungsplan erst einreichen, wenn der Rückruf der RAD-Ärztin erfolgt sei (vgl. Protokolleintrag vom 12. April 2019, S. 19). Diese Vorgänge ergeben sich aus den vorliegend ins Recht gelegten Akten und werden von keiner Seite bestritten.

4.3.3 Es trifft nach dem Gesagten zu, dass sich der Beschwerdeführer auf das Schreiben der Beschwerdegegnerin vom 14. Januar 2019 hin zwar spät, aber immerhin noch rechtzeitig vor Ablauf der bis zum 15. Februar 2019 laufenden Frist wegen der ihm erteilten Auflagen mit seiner Hausärztin in Verbindung setzte und der Beschwerdegegnerin am 12. Februar 2019 mitteilte, der Behandlungsplan werde erst am 14. Februar 2019 mit der Hausärztin besprochen und ihr dann rasch möglichst zugestellt. Aufgrund der vorliegenden Akten ist davon auszugehen, dass der Hausärztin offenbar nicht klar war, dass sie nicht nur die ab März 2019 zu erbringenden Urinproben zu organisieren, sondern auch den verlangten Behandlungsplan innert der bis zum 15. Februar 2019 gesetzten Frist mit dem Beschwerdeführer zu besprechen und der Beschwerdegegnerin einzureichen hatte. Darauf wurde sie mit Schreiben vom 14. Januar (Kopie) und 14. Februar 2019, welche der Hausärztin zugestellt wurden, zwar ausdrücklich hingewiesen (IV-Nr. 103 und 106), offenbar hatte sie diese Schreiben jedoch nicht richtig verstanden. Dementsprechend ersuchte sie am 20. Februar 2019 um Erstreckung der Frist für die Einreichung des Behandlungsplanes (vgl. Protokolleintrag vom 20. Februar 2019, S. 18) und erklärte im Telefongespräch mit der Beschwerdegegnerin vom 18. März 2019 auf mehrmalige Rückfrage hin, sie wisse nichts von einem Behandlungsplan. Stattdessen verwies sie

diesbezüglich auf den behandelnden Psychologen lic. phil. D.\_\_\_\_ (vgl. Protokolleintrag vom 18. März 2019, S. 18). Demnach ging die Hausärztin offenbar davon aus, für die Einreichung des Behandlungsplanes sei nicht sie, sondern der behandelnde Psychologe zuständig. Der Beschwerdeführer vertraute jedoch gemäss seinem Telefongespräch mit der Beschwerdegegnerin vom 12. Februar 2019 darauf, dass seine Hausärztin den Behandlungsplan noch fristgerecht einreichen werde.

Da hier somit von einem Versehen der Hausärztin auszugehen ist, kann dem Beschwerdeführer nicht vorgeworfen werden, er habe unter den gegebenen Umständen seine Mitwirkungspflicht in unentschuldbarer Weise verletzt. Wie erwähnt, ist die Verletzung der Mitwirkungspflicht im Sinne von Art. 43 Abs. 3 ATSG nur massgebend, wenn sie auf die versicherte bzw. leistungsbeanspruchende Person zurückgeht. Wird die Auskunftspflicht durch die Hausärztin nicht befolgt, kann dies nicht zum Vorgehen führen, welches in Art. 43 Abs. 3 ATSG festgelegt ist (vgl. E. II. 4.3.1 hiervor). Die von der Beschwerdegegnerin in der vorliegend angefochtenen Verfügung ausgesprochene Säumnisfolge (Entscheid aufgrund der vorhandenen Akten) erweist sich damit als unzulässig. Vielmehr wäre die Beschwerdegegnerin unter den gegebenen Umständen verpflichtet gewesen, die Hausärztin nach den Ferien nochmals zu kontaktieren, wie sie dies deren Sekretariat am 20. Februar 2019 telefonisch denn auch in Aussicht gestellt hatte. Anlässlich dieses Gesprächs hätte das korrekte Vorgehen mit der Hausärztin geklärt werden können. Die vorliegend angefochtene Verfügung, worin der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente sowie berufliche Massnahmen wegen nichterfüllter Auflagen im Mahn- und Bedenkzeitverfahren vom 14. Januar 2019 abgewiesen wurde, ist daher aufzuheben.

5. Zum Einwand des Beschwerdeführers, die in der angefochtenen Verfügung vorgenommene materielle Abweisung des Rentenbegehrens sei unzulässig (Beschwerde, S. 11 ff. Ziff. 6 ff.; A.S. 23 ff.), ist Folgendes festzuhalten:

5.1 Das Bundesgericht hat seine Rechtsprechung bezüglich des Anspruchs auf Leistungen der Invalidenversicherung bei Vorliegen einer Suchterkrankung in BGE 145 V 215 geändert. Künftig ist ■ wie bei allen anderen psychischen Erkrankungen ■ anhand eines strukturierten Beweisverfahrens abzuklären, ob sich eine fachärztlich diagnostizierte Suchtmittelabhängigkeit auf die Arbeitsfähigkeit der betroffenen Person auswirkt. Nach Auffassung des Bundesgerichts handelt es sich bei einer Sucht klar um ein krankheitswertiges Geschehen. Es dränge sich insofern die gleiche Sichtweise auf wie bei anderen psychischen Störungen, bei denen im Einzelfall aufgrund objektiver Massstäbe beurteilt werde, ob die betroffene Person trotz des ärztlich diagnostizierten Leidens ganz oder teilweise einer (angepassten) Arbeit nachgehen könne. Die Rechtsprechung sei deshalb dahingehend zu ändern, dass einem fachärztlich einwandfrei diagnostizierten Abhängigkeitssyndrom bzw. einer Substanzkonsumstörung nicht mehr zum vornherein jegliche IV-rechtliche Relevanz abgesprochen werde. Es sei wie bei allen anderen psychischen Erkrankungen nach dem strukturierten Beweisverfahren (BGE 141 V 281) zu ermitteln, ob und gegebenenfalls inwieweit sich ein fachärztlich diagnostiziertes Abhängigkeitssyndrom im Einzelfall auf die Arbeitsfähigkeit auswirke. Selbstverständlich gelte auch bei einem Abhängigkeitssyndrom die Pflicht zur Schadenminderung. Vom Betroffenen könne etwa die aktive Teilnahme an zumutbaren medizinischen Behandlungen verlangt werden. Komme er dieser Schadenminderungspflicht nicht nach und erhalte somit seinen krankhaften Zustand aufrecht, sei eine Verweigerung oder Kürzung der Leistungen

möglich (vgl. Medienmitteilung des Bundesgerichts vom 5. August 2019; BGE 145 V 215 E. 5 ff. S. 221 ff.). Diese neue Rechtsprechung ist auf alle im Zeitpunkt der Praxisänderung noch nicht rechtskräftig erledigten Fälle anzuwenden (vgl. IV-Rundschreiben Nr. 395 des Bundesamtes für Sozialversicherungen [BSV] vom 28. November 2019 mit Hinweis auf das Urteil des Bundesgerichts 8C\_259/2019 vom 14. Oktober 2019 E. 5.1).

5.2 Der psychiatrische Gutachter pract. med. K.\_\_\_\_ nahm zu den Indikatoren gemäss BGE 141 V 281 Stellung. Er kam zum Schluss, dass erst nach der Umsetzung seiner Empfehlungen (Suchtmittelentzug mit andauernder Abstinenz, Beurteilung der Reduktion der Folgeschäden frühestens nach sechs, eher nach zwölf Monaten nach Abstinenzbeginn, parallel dazu ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Begleitung und Therapie zur Reduktion der Pathologien, nach Entzug allenfalls Durchführung einer Arbeitsabklärung) überprüft werden könne, ob der Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht über genügend Ressourcen verfüge, um die aus somatischer Sicht attestierte Arbeitsfähigkeit zu realisieren. Die Prognose sei offen. Es hänge davon ab, wie tiefgreifend die erwähnten Schädigungen seien, d.h. ob sich diese durch eine Abstinenz reduzieren liessen. Zurzeit sei der Explorand aufgrund seines Verhaltens und seiner Apathie in seiner angestammten Tätigkeit als Drucktechnologe nicht einsetzbar. Auch für Verweistätigkeiten seien die Einschränkungen aktuell zu stark ausgeprägt. Darüber hinaus sei der Explorand mit seinem aktuellen Verhalten auch keinem Arbeitgeber zumutbar (IV-Nr. 85 S. 18 f.; vgl. E. II. 3.10.2 hiervor). Auch nach der Einschätzung von Dr. med. F.\_\_\_\_ ist die Arbeitsfähigkeit angesichts der tiefgreifenden und sehr wahrscheinlich bereits aktuell chronifizierten Störung auf eine nicht absehbare Zeit hinaus völlig ausgeschlossen (IV-Nr. 18 S. 13; vgl. E. II. 3.4 hiervor). Daran hält Dr. med. F.\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 12. Juni 2018 fest (IV-Nr. 98 S. 5 ff.; vgl. E. II. 3.13 hiervor). Eine aktuell vollständige Arbeitsunfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt entspricht auch der Einschätzung des behandelnden Psychologen lic. phil. D.\_\_\_\_ (IV-Nr. 88; vgl. E. II. 3.11 hiervor) sowie der Hausärztin Dr. med. C.\_\_\_\_ (IV-Nr. 101 S. 1; vgl. E. II. 3.14 hiervor). Somit sind sich die in dieser Angelegenheit involvierten Fachärzte, der behandelnde Psychologe sowie die Hausärztin einig, dass beim Beschwerdeführer im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 7. März 2019 keine Arbeitsfähigkeit mehr bestand.

5.3 Art. 43 Abs. 3 ATSG lässt zwei Sanktionen zu. Der Verwaltungsträger kann aufgrund der vorliegenden Akten beschliessen oder er kann ■ nach Einstellung der Erhebungen ■ auf das Leistungsbegehren nicht eintreten. Das Gesetz gibt keine Richtlinien, wie zwischen den beiden Sanktionen zu wählen ist. Immerhin ist nach der Praxis zu beachten, dass von der Möglichkeit des Nichteintretens zurückhaltend Gebrauch zu machen ist. Soweit aufgrund der Akten ein materieller Entscheid möglich ist, soll kein Nichteintretensentscheid gefällt werden. Allemal ist zu berücksichtigen, dass die für die Partei «günstigere Variante» zu wählen ist. Soweit die verweigerte Mitwirkung die Überprüfung einer Rentenanpassung betrifft, ergibt die Androhung des Nichteintretens keinen Sinn; hier kann es sich nur darum handeln, dass die «gesamte Aktenlage materiell berücksichtigt werden muss» (Kieser, a.a.O., S. 587 f. Rz. 100).

5.4 Die Nichterfüllung der erwähnten Auflagen im Mahn- und Bedenkzeitverfahren vom 14. Januar 2019 hat vorliegend zur Folge, dass die aktuell vorhandene Aktenlage materiell zu berücksichtigen und zu prüfen ist, ob der Beschwerde Anspruch auf eine Invalidenrente und/oder weitere berufliche Eingliederungsmassnahmen hat. Diese Prüfung führt ■ wie erwähnt ■ zum Schluss, dass der Beschwerdeführer sowohl in der bisherigen Tätigkeit als

auch in einer Verweistätigkeit aktuell arbeitsunfähig ist. Für die von der Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung dargelegte Auffassung, dass im Falle einer Abstinenz von einer vollen Arbeitsfähigkeit auszugehen sei, besteht keine Grundlage, da dies nach den fachärztlichen, hier massgebenden Angaben zuerst noch abgeklärt werden muss. Dies räumt die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung denn auch selber ein, indem sie darauf hinweist, allfällige Folgeschäden liessen sich wegen der Nichterfüllung der Auflagen nicht abklären. Eine materielle Beurteilung der vom Beschwerdeführer gestellten Leistungsbegehren ist aufgrund der vorliegenden Aktenlage weder möglich noch zulässig. Die von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Umkehr der Beweislast bezüglich der Folgeschäden und der Arbeitsfähigkeit ist nicht gesetzeskonform.

Im Weiteren gilt es Folgendes zu beachten: Die bisherige Rechtsprechung des Bundesgerichts zu den primären Suchterkrankungen bejahte grundsätzlich die Möglichkeit der Anordnung einer Entzugsbehandlung unter dem Titel der Abklärungsmassnahme, wo es darum ging, die erwerblichen Auswirkungen einer ■ invaliditätsfremden ■ primären Abhängigkeit von denjenigen eines invalidisierenden Gesundheitsschadens abzugrenzen. Hingegen kam eine solche Massnahme bei ■ invalidenversicherungsrechtlich beachtlicher ■ sekundärer Abhängigkeit unter dem Titel der Schadenminderungspflicht in Frage. Nach geänderter Rechtsprechung sind auch primäre Abhängigkeiten von psychotropen Substanzen als ■ potenziell ■ invalidisierende Gesundheitsschäden abzuklären. Wie bei den sekundären Suchtgeschehen ist demnach neu auch bei primären Abhängigkeitssyndromen die Anordnung einer Entzugsbehandlung im Vorfeld einer Begutachtung unter dem Titel der Mitwirkungspflicht im Abklärungsverfahren nicht statthaft, würde damit doch die Qualifikation des Suchtgeschehens und seiner erwerblichen Auswirkungen als zum vornherein invalidenversicherungsrechtlich irrelevant und deshalb auszuschneiden vorweggenommen. Wie es sich damit verhält, ist im Abklärungsverfahren erst zu untersuchen. Demgegenüber darf eine Entzugsbehandlung als Behandlungsmassnahme ■ sofern im konkreten Fall zumutbar ■ selbstredend (unverändert) jederzeit zur Schadenminderung angeordnet werden. Eine Verletzung der Schadenminderungspflicht berechtigt die Verwaltung indes nicht zum Nichteintreten auf das Leistungsersuchen, sondern allenfalls zur Kürzung oder Verweigerung der Leistungen (Urteil des Bundesgerichts 9C\_309/2019 vom 7. November 2019 E. 4.2.2. mit Hinweisen). Ob die versicherte Person ihrer Schadenminderung nachgekommen ist und ob die Behandlung erfolgreich war, ist durch die IV-Stelle zu gegebener Zeit revisionsweise zu prüfen (IV-Rundschreiben Nr. 395 des BSV vom 28. November 2019).

Angesichts des Umstands, dass der behandelnde Psychologe der Beschwerdegegnerin mit E-Mail vom 3. September 2019 mitteilte, der Beschwerdeführer sei «seit Monaten bezüglich Suchtmittel abstinenter» (A.S. 39; vgl. E. I. 2.6 hiervor), scheint sich als medizinische Grundlage des materiellen Entscheids eine neue psychiatrische Begutachtung aufzudrängen, wie dies von der Beschwerdegegnerin im Rahmen des Mahn- und Bedenkzeitverfahrens vom 14. Januar 2019 denn auch in Aussicht gestellt wurde (vgl. IV-Nr. 103 S. 2 oben). Die erneute Anordnung einer Entzugsbehandlung im Hinblick auf die neue psychiatrische Begutachtung unter dem Titel der Mitwirkungspflicht im Abklärungsverfahren ist nach dem Gesagten nicht statthaft. Die Sache ist daher an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie weitere psychiatrische Abklärungen vornehme und anschliessend über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers neu

entscheide. Eine Rückweisung an die IV-Stelle ist möglich, wenn diese allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist (BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4 S. 264 f.). Im vorliegenden Fall ist die andauernde Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers gänzlich ungeklärt. In Nachachtung des der Beschwerdegegnerin obliegenden Untersuchungsgrundsatzes (Art. 43 Abs. 1 ATSG) ist ein Vorgehen im oben dargelegten Sinn angezeigt. Eine Rückweisung erscheint auch deshalb sinnvoll, weil im Anschluss an die noch durchzuführenden medizinischen Abklärungen gegebenenfalls noch berufliche Abklärungs- und Eingliederungsmassnahmen durchzuführen sind (vgl. Gutachten von pract. med. K. \_\_\_ vom 17. November 2017, S. 20 oben; IV-Nr. 85 S. 20; E. II. 3.10.2 hiervor). Von der Anordnung eines psychiatrischen Gerichtsgutachtens, wie dies vom Beschwerdeführer in der Beschwerdebegründung eventualiter beantragt wird (A.S. 14), ist nach dem Gesagten abzusehen.

## **E. 5**

Subsubeventualiter: Auf das Leistungsbegehren sei nicht einzutreten.

## **E. 6**

6.1 Unter dem Gesichtspunkt des (bundesrechtlichen) Anspruchs auf eine Parteientschädigung im Streit um eine Sozialversicherungsleistung gilt die Aufhebung einer ablehnenden Verfügung und die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zu ergänzender Abklärung und neuer Beurteilung als Obsiegen der versicherten Person (BGE 132 V 215 E. 6.2 S. 235 f.). Dem Beschwerdeführer steht somit eine ordentliche Parteientschädigung zu Lasten der Beschwerdegegnerin zu. Die Vertreterin des Beschwerdeführers macht mit Kostennote vom 24. Juni 2019 (A.S. 35 f.) einen Aufwand von 13 Stunden, einen Stundenansatz von CHF 230.00 und Auslagen von insgesamt CHF 71.50 geltend, was zu einer Kostenforderung von insgesamt CHF 3'297.25 (Honorar von CHF 2'990.00, Auslagen von CHF 71.50 und MwSt. von CHF 235.75) führt. Die Höhe dieser Kostenforderung ist nicht zu beanstanden und die entsprechende Entschädigung ist zuzusprechen.

6.2 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. Nach dem Ausgang des vorliegenden Verfahrens hat die Beschwerdegegnerin die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen. Folglich ist dem Beschwerdeführer der geleistete Kostenvorschuss von CHF 600.00 zurückzuerstatten.

Demnach wird erkannt:

1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die Verfügung vom 7. März 2019 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird, damit sie im Sinne der Erwägungen verfähre und anschliessend neu über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers entscheide.

2. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von CHF 3'297.25 (inkl. Auslagen und MwSt.) zu bezahlen.

3. Die Beschwerdegegnerin hat die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen. Der geleistete Kostenvorschuss von CHF 600.00 wird dem Beschwerdeführer zurückerstattet.

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

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Die Vizepräsidentin                      Der Gerichtsschreiber

Weber-Probst                              Schmidhauser

## **E. 7**

Dem Beschwerdeführer sei zur Begründung der Beschwerde eine Nachfrist von 20 Tagen anzusetzen.

## **E. 8**

U.K.u.E.f. 2.2 Mit Beschwerdebegründung vom 7. Mai 2019 lässt der Beschwerdeführer Folgendes beantragen (A.S. 13 ff.): 1. Die Verfügung der IV-Stelle des Kantons Solothurn vom 7. März 2019 sei aufzuheben. 2. Dem Beschwerdeführer seien die gesetzlichen IV-Leistungen auszurichten (IV-Rente, berufliche Massnahmen, Integrationsmassnahmen, sozialberufliche Massnahmen). 3. Eventualiter: Über den Beschwerdeführer sei ein psychiatrisches Gerichtsgutachten einzuholen. 4. Subeventualiter: Die Beschwerdegegnerin sei anzuweisen, dem Beschwerdeführer eine neue Frist zur Einreichung eines schriftlichen, konkretisierten Behandlungsplans für den Suchtmittelentzug und die anschliessende Entwöhnungsbehandlung anzusetzen. 5. Subsubeventualiter: Auf das Leistungsbegehren sei nicht einzutreten. 6. U.K.u.E.f. 2.3 Mit Instruktionsverfügung vom 8. Mai 2019 wird festgestellt, dass der Beschwerdeführer an seinem Antrag um Erteilung der unentgeltlichen Rechtspflege nicht festhält (A.S. 28). 2.4 In ihrer Beschwerdeantwort vom 11. Juni 2019 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde, wobei sie auf die Akten und die Begründung in der angefochtenen Verfügung verweist und auf eine Stellungnahme verzichtet (A.S. 32). 2.5 Mit Eingabe vom 24. Juni 2019 reicht die Vertreterin des Beschwerdeführers ihre Kostennote ein (IV-Nr. 34 ff.). 2.6 Am 3. September 2019 lässt die Beschwerdegegnerin dem Gericht eine Kopie des Ausdrucks einer an sie gerichteten E-Mail des behandelnden Psychologen lic. phil. D. \_\_\_ gleichen Datums zugehen (A.S. 38 f.). II. 1. 1.1 Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten. 1.2 Streitig ist, ob die von der Beschwerdegegnerin im Rahmen des Mahn- und Bedenkzeitverfahrens vom 14. Januar 2019 in Aussicht gestellte Sanktion gesetzeskonform ist und der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente und berufliche Eingliederungsmassnahmen mit vorliegend angefochtener Verfügung zu Recht abgewiesen wurde. Bei der Beurteilung des Falles ist grundsätzlich auf den Sachverhalt abzustellen, der bis zum Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 7. März 2019 eingetreten ist (BGE 132 V 215 E. 3.1.1 S. 220 mit Hinweisen). 2. 2.1 Als Invalidität im Sinne des Gesetzes gelten gemäss Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit andauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann nach Art. 4

Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20 ) Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht bei einem Invaliditätsgrad ab 40 % ein Anspruch auf eine Viertelsrente, ab 50 % auf eine halbe Rente, ab 60 % auf eine Dreiviertelsrente und ab 70 % auf eine ganze Rente. 2.2 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar. Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG; sogenannte allgemeine Methode des Einkommensvergleichs). 2.3 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung gestellt haben. Aufgabe des Arztes ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren bilden die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 S. 99 f. mit Hinweisen). 2.4 Sowohl das Verwaltungsverfahren als auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (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 zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich 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). 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 9C\_296/2018 vom 14. Februar 2019 E. 4 und 9C\_273/2017 vom 9. April 2018 E. 3.1, je mit Hinweisen). 3. Die Beschwerdegegnerin hielt in der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 7. März 2019 fest, der Cannabiskonsum des Beschwerdeführers sei bei nicht belegter Vordiagnose als primärer Suchtmittelkonsum zu werten. Um allfällige invalidisierende Folgeschäden überhaupt beurteilen zu können, müsste er mindestens sechs Monate abstinenter bleiben. Ein solcher Entzug und auch die

folgende Abstinenz seien ihm im Rahmen der Schadenminderungspflicht zuzumuten. Ein invalidisierender Gesundheitsschaden sei nicht ausgewiesen. Im Falle einer Abstinenz sei von einer vollen Arbeitsfähigkeit auszugehen. Es sei auf die psychiatrische Begutachtung von pract. med. K. \_\_\_ abzustellen (IV-Nr. 109; A.S. 1 ff.). Der Beschwerdeführer macht demgegenüber geltend, die Auflage für einen Suchtmittelentzug bereits im Abklärungsverfahren sei unverhältnismässig bzw. unzulässig, er habe seine Mitwirkungspflicht nicht in unentschuldbarer Weise verletzt und der Leistungsanspruch sei zu Unrecht abgewiesen worden (A.S. 20 ff.). Im Folgenden ist zunächst der medizinische Sachverhalt darzulegen:

3.1 Die Hausärztin des Beschwerdeführers, Dr. med. C. \_\_\_, FMH Innere Medizin, gab in ihrem Bericht gegenüber der Krankentaggeldversichererin vom 24. Oktober 2013 eine seit Dezember 2012 bestehende depressive Episode an und attestierte dem Beschwerdeführer in der bisherigen Tätigkeit als Drucktechniker eine vollständige Arbeitsunfähigkeit seit dem 25. September 2013. Es bestünden eine Antriebsarmut, ein sozialer Rückzug sowie Schlafstörungen. Die Prognose sei nach adäquater Behandlung gut. Die weitere ambulante psychiatrische Behandlung erfolge durch med. pract. M. \_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, [...] (IV-Nr. 18 S. 7 f.).

3.2 Med. pract. M. \_\_\_ diagnostizierte in ihrem Bericht vom 22. November 2013 eine seit August 2013 bestehende rezidivierende Depression. Die ambulante Behandlung durch sie sei vom 23. Oktober bis 1. November 2013 erfolgt. Im Weiteren führte die Psychiaterin aus, der Beschwerdeführer habe im Juni 2013 eine neue Arbeitsstelle angetreten, er fühle sich überfordert und habe grosse Angst, Fehler zu machen. Der Stress habe zugenommen und zu einer Dekompensation geführt. Es bestünden Antriebsmangel, Konzentrationsschwierigkeiten und ein ausgeprägtes Vermeidungsverhalten. Eine abschliessende Beurteilung sei nicht möglich (IV-Nr. 5 S. 1 f.).

3.3 Der behandelnde Psychologe, lic. phil. D. \_\_\_, Fachpsychologe für Psychotherapie FSP, hielt in seinem Bericht zu Händen der Krankentaggeldversichererin vom 2. September 2014 folgende Diagnosen fest: «Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion (ICD-10 F43.2), DD: posttraumatische Verbitterungsstörung (PTED); Langjähriges Cannabisabhängigkeitssyndrom (ICD-10 F12.24); V.a. akzentuierte Persönlichkeitszüge mit selbstunsicheren, impulsiven und ängstlichen Anteilen (Z73.1)». Im Weiteren gab der behandelnde Psychologe an, erste Symptome seien im Herbst 2011 aufgetreten. Dem Patienten sei von seinem Arbeitgeber per 30. November 2013 die 100%-Stelle als Drucktechnologe gekündigt worden. Er befinde sich seit dem 13. Dezember 2013 in ambulanter Psychotherapie, wozu er von seiner Hausärztin überwiesen worden sei. Zur Anamnese wurde im Wesentlichen dargelegt, trotz der Scheidung seiner Eltern im Jahr 2000 habe der Patient die Ehe der Eltern insgesamt als gut erlebt. Heute pflege er zu beiden Elternteilen eine gute Beziehung. Im Alter von 7 Jahren habe er miterleben müssen, wie seine Schwester bei einem Unfall in den Ferien ums Leben gekommen sei. Deren Tod habe er nicht verarbeiten können. Nach der obligatorischen Schule habe er eine Druckerlehre von 2004 bis 2008 absolviert, welche ihm sehr gefallen habe. Von 2009 bis Ende 2013 habe er in drei verschiedenen Druckereibetrieben gearbeitet. Die letzte Arbeitsstelle vom Sommer bis November 2013 habe er als belastend erlebt. Im November 2011 sei ihm aufgrund des Autofahrens unter Cannabiskonsum der Führerausweis entzogen worden. U.a. wegen der hohen Busse habe er Schulden gehabt. Zudem habe er eine depressive Symptomatik entwickelt. Versuche mit Cipralext bzw. Wellbutrin hätten keine Verbesserung gebracht. Der Patient habe sich am Arbeitsplatz zunehmend unwohl gefühlt, der Antrieb sei reduziert gewesen und er habe sich immer häufiger zur Arbeit zwingen müssen. Die Symptomatik

habe sich weiter verschlechtert, weshalb er ab Oktober 2013 der Arbeit fernbleiben müssen. Er konsumiere seit dem 14. Lebensjahr regelmässig Cannabis. Aktuell rauche er 3 Joints täglich. Um den Führerschein wiederzuerlangen, sei der Patient ca. 8 Monate abstinent gewesen, was jedoch keinen Einfluss auf die depressive Symptomatik gehabt habe. Der Patient leide unter einem depressiven Zustandsbild mit Antriebslosigkeit, Niedergeschlagenheit, einer allgemeinen Traurigkeit, Gefühlen von Hilfslosigkeit und Ausgeliefertsein sowie unter starken Aggressionen und Hassgefühlen. Er äussere Schwierigkeiten, Konflikte zu lösen und loszulassen. Er fühle sich mit dem Führerausweisentzug und der Schuldenfolge zu Unrecht bestraft. Dies zeige sich auch in einer kritischen und vorwurfsvollen Haltung gegenüber der Polizei, der Justiz und der Gesellschaft im Allgemeinen. Es sei bei ihm ein anhaltendes Gefühl von Verbitterung, verbunden mit Antriebs- und Hilflosigkeit, Wut und Trauer im Rahmen einer möglichen posttraumatischen Verbitterungsstörung beobachtbar. Eine Prognose sei derzeit schwierig. Es hänge u.a. davon ab, inwieweit sich der Patient darauf einlassen könne, einerseits das belastende Ereignis und die damit verbundenen Kränkungen zu bearbeiten, andererseits sich davon zu distanzieren sowie neuen Lebensinhalten Platz zu geben. Als erschwerende Bedingung sei die emotionale Verknüpfung von Führerausweisentzug und belastender Arbeit als Drucker zu betrachten. Als unterstützende Massnahme könnte u.a. eine berufliche Neuorientierung in Frage kommen. Es gebe keine nicht-medizinischen Gründe, die einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätten. Gegenwärtig absolviere der Patient eine kognitive Verhaltenstherapie, aktuell im zwei- bis dreiwöchentlichen Rhythmus. Wünschenswert wäre eine therapeutische Begleitung im wöchentlichen Rhythmus, was aus Kapazitätsgründen aktuell leider nicht möglich sei. Es bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % seit Anfang Oktober 2013. Es könne mit einer Steigerung der Arbeitsfähigkeit gerechnet werden. Eine Wiederaufnahme im bisherigen Tätigkeitsfeld schein schwierig und nicht empfehlenswert bzw. sei vom weiteren Verlauf abhängig. Berufliche Massnahmen seien angezeigt. Der Patient brauche bezüglich einer Reintegration ins Arbeitsumfeld Unterstützung von aussen (IV-Nr. 18 S. 1 ff.). 3.4 Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt in seinem psychiatrischen Untersuchungsbericht zu Händen der Krankentaggeldversichererin vom 19. Februar 2015 zu den aktuellen Beschwerden im Wesentlichen fest, der Versicherte gebe an, dass ihn «die Gesellschaft an den Rand bringe». Er finde es unerhört, dass «die Schweiz das zulasse». Er sei ein «loyaler Bürger», der jedoch «kaputt gemacht» werden solle. Er mache zur Zeit nicht viel. Überwiegend sei er daheim in der Wohnung. Er gehe jeweils nur kurz nach draussen. Nachts schlafe er mit Unterbrüchen und er schwitze stark. Er werde immer wieder wach. Sein Appetit sei vermindert und die Sexualität gedämpft. Es fehle ihm die Energie. Er selbst sehe sich nicht als krank. Das Problem sei, dass man ihm alles im Mund umdrehe. Er wolle nicht auf die IV angewiesen sein. Bei der Arbeit sei er immer der Letzte gewesen. Der Druck sei abartig. Er wolle keine Sisyphusarbeit mehr machen. Es sei unerhört, dass Alkoholiker ihm die Arbeit weggenommen hätten. Zum psychopathologischen Befund wurde festgehalten, dieser sei – je nach Gesprächsinhalt – durch eine beträchtliche psychomotorische Erregung gekennzeichnet gewesen. Im Auftreten habe sich der Versicherte ihm gegenüber zwar freundlich und eher scheu verhalten, während des Gesprächs sei er jedoch phasenweise in lautstarke Erregung geraten, sodass sich das strukturierte Erheben der Anamnese als zum Teil schwierig erwiesen habe. Ein flüssiger Gesprächsverlauf sei demzufolge erheblich eingeschränkt gewesen. Immer wieder habe der Versicherte geschimpft, habe Dritte und Institutionen beschuldigt und dabei keinerlei

eigene Anteile am Zustandekommen seiner Situation erkennen lassen. Im äusseren Erscheinen sei der Versicherte leicht ungepflegt gewesen. Das formale Denken sei folglich zum Teil erheblich unstrukturiert gewesen. Im inhaltlichen Denken sei der Versicherte phasenweise derart fixiert auf Kränkungen und von ihm so erlebtes Unrecht gewesen, dass man phasenweise von grenzpsychotischen Übergängen seines Denkens habe ausgehen müssen. Sinnestäuschungen hätten nicht bestanden. Hinweise auf aktuelle Eigen- oder Fremdgefährdung seien ebenfalls nicht vorgelegen. Zusammengefasst zeige sich eine schwere Charakterneurose, die durch massive narzisstische Kränkung, gedankliche Fixierung auf vermeintliches oder tatsächliches Unrecht, fehlende Einsicht in eigene Anteile am Geschehen und phasenweise starke psychomotorische Erregung gekennzeichnet sei. Diagnostisch liege eine kombinierte Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F61.0) mit deutlicher Merkmalsausprägung vor. Prominent seien vor allem massiv ausgeprägte narzisstische, querulatorische, aber auch dissoziale und möglicherweise paranoide Wesenszüge. Mithin könnte es sich um eine Variante des Michael-Kohlhaas-Syndroms handeln. Alle anderen Befunde bzw. anamnestischen Details, zum Beispiel der Missbrauch psychotroper Substanzen, seien sekundär bzw. als Folge der Grunderkrankung zu betrachten. Die weitere psychiatrisch/psychotherapeutische Behandlung dieses jungen Versicherten müsse sich den Gegebenheiten anpassen und sich aktuell überwiegend auf stützende Führung beschränken. Eine Psychopharmakotherapie habe keine kurativen Aspekte, sondern sollte jeweils syndromorientiert zum Einsatz gelangen. Eine einsichtsorientierte therapeutische Herangehensweise sei wohl nur beschränkt möglich. Das weitere Vorgehen sei mit dem behandelnden Psychologen telefonisch besprochen worden. Dem Versicherten selbst sei eindringlich geraten worden, in Behandlung bei seinem Psychologen und seiner Hausärztin zu bleiben. Das Fazit lautete dahingehend, eine Arbeitsfähigkeit sei angesichts der vorliegenden tiefgreifenden und sehr wahrscheinlich bereits jetzt chronifizierten Störung auf eine nicht absehbare Zeit hinaus völlig ausgeschlossen. Es sei mit der IV-Stelle möglichst bald Rücksprache zu nehmen, um das weitere Vorgehen versicherungstechnisch zu koordinieren. Die Prognose einer Persönlichkeitsstörung sei mit Zurückhaltung zu bewerten. Welche Faktoren es seien, die den Verlauf beeinflussten, sei im Einzelfall schwer vorherzusehen (IV-Nr. 18 S. 9 ff.).

3.5 Im Bericht der Hausärztin zu Handen der IV-Stelle vom 29. Mai 2015 wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit angegeben: «1. Kombinierte Persönlichkeitsstörung mit massiv ausgeprägten narzisstischen, querulatorischen, aber auch dissozialen und möglicherweise paranoiden Wesenszügen; 2. Chronischer Cannabiskonsum». Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden eine leichte rechtskonvexe Skoliose sowie eine Migräne angegeben. In seiner zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Drucker sei er von Dr. med. N. \_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, zu 100 % krankgeschrieben worden. Der Gesundheitszustand des Patienten sei stationär. Die Arbeitsfähigkeit könne durch medizinische Massnahmen verbessert werden. Berufliche Massnahmen seien angezeigt. Die Anamnese sei auch weiterhin recht schwierig. Der Patient fühle sich durch die Gesellschaft an den Rand gebracht und missverstanden. Je nach Gesprächsinhalt gerate er in beträchtliche psychomotorische Erregung, dann werde sein Gedankengang verfahren, teilweise mit fast paranoiden Wahnvorstellungen, von der Polizei verfolgt zu werden. Aus rein hausärztlicher Sicht seien, bei aktuell fehlender körperlicher Belastung, die Rücken- und HWS-Beschwerden untergeordnet. Zudem komme es intermittierend zu Migräneanfällen, die man medikamentös gut behandeln könne. Der Patient gebe Schmerzen im HWS- und LWS-Bereich sowie intermittierend Migräne an. Als

erhobene Befunde wurden eine leichte rechtskonvexe Skoliose sowie ein muskulärer Hartspann angegeben, ansonsten sei der Befund unauffällig. Der Patient sei seit dem 27. Juni 2013 zu 100 % aus psychiatrischer Sicht krankgeschrieben. Die bisherige Tätigkeit sei nicht mehr zumutbar (IV-Nr. 26 S. 5 f.). 3.6 In seinem Bericht zu Händen der IV-Stelle vom 10. Juli 2015 gab der behandelnde Psychologe lic. phil. D.\_\_\_\_ folgende Diagnose an: «Verdacht auf kombinierte Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen, querulatorischen, dissozialen sowie evtl. paranoiden Wesenszügen (F61.0)». Es bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % seit dem 25. September 2013. Der Gesundheitszustand sei stationär und besserungsfähig. Berufliche Massnahmen seien angezeigt. Zur Anamnese wurde darauf hingewiesen, im Juli 2014 sei dem Beschwerdeführer aufgrund des Autofahrens unter Cannabiskonsum erneut der Führerschein entzogen worden, was ihm endgültig «den Boden unter den Füßen entzogen» und seinen Hass gegenüber der Gesellschaft und dem Staat nochmals verstärkt habe. Aufgrund der vorliegenden Symptomatik und des zunehmenden sozialen Rückzuges sei es im Verlauf zu immer häufigeren Konflikten in der Partnerschaft gekommen, was schliesslich zur Trennung geführt habe. Der Patient werde im August 2015 in eine eigene Wohnung in [...] ziehen. Um den Führerausweis wiederzuerlangen, sei der Patient ca. 8 Monate abstinent gewesen, was jedoch keinen Einfluss auf die depressive Symptomatik gehabt habe. Zur Befunderhebung (Psychostatus vom 30. Juni 2015) wurde angegeben, es handle sich um einen 28-jährigen, jugendlich wirkenden und bewusstseinsklaren Mann, der allseits orientiert sei. Es bestünden keine Anzeichen von Wahrnehmungsstörungen oder Störungen des Ich-Bewusstseins und Ich-Erlebens. Der Patient wirke psychomotorisch deutlich unruhig. Das formale Denken sei zerfahren und eingeengt: Der Patient mache andere (Polizei, Verkehrspsychiater, Staat, Ausländer) für seine Situation verantwortlich und verneine dabei jegliche Eigenverantwortung. Er gerate in Rage und äussere starke Hassgefühle gegenüber «den anderen» und wolle am liebsten auswandern, dafür fehle aber das Geld. Es bestünden keine Anzeichen für suizidale Absichten oder Fremdgefährdung. Zur psychotherapeutischen Behandlung gab der behandelnde Psychologe an, im Vordergrund der Therapie stehe zunächst die weitere Stabilisierung. Aktuell beschränke sich die Therapie auf stützende Massnahmen im monatlichen Rhythmus. Bisherige Versuche mit Antidepressiva hätten keine Verbesserung des Zustandsbildes gezeigt. Eine Prognose sei derzeit schwierig. Die Symptomatik zeige im bisherigen Verlauf eine Tendenz zur Chronizität. Die dysfunktionalen Prozesse (Schemata), welche sich beim Patienten sehr wahrscheinlich während der Kindheit und Jugendzeit entwickelt hätten, liefen automatisiert ab. Um Alternativen zu den eingeschliffenen Lebens- und Verhaltensmustern zu erleben, sei eine bewusste Wahrnehmung erforderlich, d.h. es bedürfe vor einer Änderung solcher Verhaltensmuster einen entsprechenden Zugang dazu. Dieser Zugang werde beim Patienten als defizitär eingeschätzt, weshalb die erwähnten Persönlichkeitszüge über die Zeit hinweg als relativ stabil einzuschätzen und die ungelösten Konflikte (Ausweisentzug etc.) als überdauernd zu betrachten seien. Auf dem Beiblatt zum Arztbericht wurde angegeben, die vorliegende Symptomatik wirke sich auf alle Bereiche des Lebens aus. Aufgrund des vorliegenden psychischen Zustandsbildes sei die angestammte Tätigkeit als Drucktechnologie nicht mehr zumutbar. Bei einer anderen Tätigkeit bestehe aktuell eine verminderte Leistungsfähigkeit (IV-Nr. 28 S. 1 ff.). 3.7 Die RAD-Ärztin, Dr. med. L.\_\_\_\_, Fachärztin Neurologie FMH, hielt in ihrer Stellungnahme vom 5. Januar 2016 im Wesentlichen fest, die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit und in Verweistätigkeiten könne aufgrund der vorliegenden medizinischen Akten nicht

abschliessend beurteilt werden. Bei Erstmanifestation der psychischen Erkrankung (Ende 2012/Sommer 2013) sei diese als Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion, ausgelöst durch eine Arbeitsplatzproblematik und psychosoziale Probleme beurteilt worden. Differentialdiagnostisch sei eine posttraumatische Verbitterungsstörung in Betracht gezogen worden. Es seien akzentuierte Persönlichkeitszüge mit selbstunsicheren, impulsiven und ängstlichen Anteilen beschrieben worden. Daneben habe ein langjähriges Cannabisabhängigkeitssyndrom bestanden. Der psychiatrische Gutachter habe im Auftrag der Krankentaggeldversichererin im Februar 2015 das Störungsbild dann als schwer ausgeprägte kombinierte Persönlichkeitsstörung beurteilt. In der Folge sei diese Diagnose von der Hausärztin und vom behandelnden Psychologen übernommen worden. Die Diagnose einer schweren Persönlichkeitsstörung könne aufgrund der Akten nicht zweifelsfrei nachvollzogen werden. Die Angaben bezüglich Kindheit, Adoleszenz, berufliche Entwicklung, militärische Ausbildung, Beziehungsverhalten bis 2013 deuteten nicht auf eine schwerwiegende Störung hin. Wenig diskutiert in der Entwicklung und im Unterhalt der psychischen Auffälligkeiten sei auch der bekannte, langjährige Cannabiskonsum. Gemäss dem behandelnden Psychologen habe sich die depressive Symptomatik unter achtmonatiger Abstinenz nicht gebessert. Dr. med. F. \_\_\_ beurteile den Cannabiskonsum als sekundär in Folge der Grundkrankheit, eine kritische Diskussion über eine allfällige Wechselwirkung zwischen dem Konsum psychotroper Substanzen und «grenzpsychotischer» oder «paranoider» Züge erfolge aber nicht. Die Prognose bezüglich Arbeitsfähigkeit sei zu Beginn als günstig beurteilt worden. Dr. med. F. \_\_\_ komme aber zum Schluss, dass auf eine nicht absehbare Zeit hinaus die Arbeitsfähigkeit völlig aufgehoben sei. Der behandelnde Psychologe äussere sich nicht konkret zur Arbeitsfähigkeit, schliesse aber eine solche nicht kategorisch aus. Der Versicherte selbst erachte sich als (teil-)arbeitsfähig; er habe aus eigenem Antrieb eine Umschulung zum technischen Kaufmann in Angriff genommen. In der Vergangenheit habe der Versicherte zweimal einen WK wegen Rückenbeschwerden abbrechen müssen. Gemäss seinen Angaben habe er auch in der Berufsausübung Probleme mit dem Rücken. Laut Hausärztin seien die Rückenschmerzen aktuell, bei fehlender körperlicher Belastung, von untergeordneter Bedeutung. Wie sich die Rückenproblematik auf die Zumutbarkeit auswirke, bleibe abzuklären. Der psychische und der somatische Gesundheitszustand müssten gutachterlich abgeklärt werden (IV-Nr. 42).

3.8 Lic. phil. D. \_\_\_ hielt in seinem Bericht zu Händen der IV-Stelle vom 3. Januar 2017 folgende Diagnosen fest: «Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (F33.1); basierend auf Verdacht auf kombinierte Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen, querulatorischen, dissozialen sowie evtl. paranoiden Wesenszügen (F61.0); (vgl. psychiatrisches Gutachten von Herrn Dr. med. F. \_\_\_ vom 19.02.2015)». Als Drucktechnologie bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % seit dem 25. September 2013. Der Gesundheitszustand sei stationär und besserungsfähig. Berufliche Massnahmen seien angezeigt. Zur Anamnese (seit Juli 2015) wurde angegeben, der Patient habe am 24. August 2015 eine einjährige Weiterbildung an der Fachschule G. \_\_\_ mit Abschluss als Technischer Kaufmann mit eidgenössischer Schlussprüfung begonnen. Er habe zu diesem Zeitpunkt diese Ausbildung als einzige Möglichkeit bezeichnet, den Weg «zurück ins Leben» zu finden. Die Ausbildung sowie der tägliche Lebensunterhalt werde durch Erbvorbezug bzw. durch seine Mutter finanziert. Der einjährige Intensivlehrgang mit 3 Schultagen pro Woche habe den Patienten stark gefordert. Meistens habe er an den freien Tagen lernen müssen, um den ganzen Schulstoff bewältigen zu können. Darunter hätten nicht zuletzt auch seine

Freizeitaktivitäten sowie seine sozialen Kontakte leiden müssen. Die einzigen sozialen Kontakte bestünden fast ausschliesslich zu seiner Freundin, welche in [...] lebe sowie zu seiner Mutter und deren Lebenspartner. In der Schule sei es dem Patienten bis auf wenige Fächer einigermassen gut gelaufen. Zwischendurch habe er wiederholte «Durchhänger» gehabt. Zeitweise habe er sich «am Anschlag» gefühlt. Er habe seinen ganzen Fokus auf die Schule und das Lernen gerichtet. Alles andere (finanzielle Situation, Führerschein) habe er weitgehend ausgeblendet. Im Juli 2016 habe der Patient die Schulprüfungen der G.\_\_\_\_ erfolgreich bestanden. Die eidgenössischen Prüfungen (Ende August schriftlich, Anfang Oktober mündlich) habe er leider nicht bestanden. Einen Plan nach der Schule habe er nicht. Der Patient sei zu diesem Zeitpunkt wieder mit seiner Lebenssituation konfrontiert worden, was sich in Frustrationen und Aggressionen wiedergespiegelt und eine erneute depressive Entwicklung begünstigt habe. Ende November 2016 habe er sich aufgrund seiner finanziellen Situation (Gelder der Mutter ausgeschöpft) beim Sozialamt melden müssen, was für ihn den persönlichen Tiefpunkt bedeutet habe. Zu den angegebenen Beschwerden wurde dargelegt, der Patient leide unter einer allgemeinen Verbitterung, einem depressiven Zustandsbild mit Antriebs- und Motivationslosigkeit, gestörtem Schlaf, vermehrtem Grübeln, Gefühlen von Trauer und Hilflosigkeit, dem Gefühl bestraft zu sein sowie starken Hassgefühlen und Aggressionen. Die Befunderhebung lautete wie folgt: 29-jähriger, jünger wirkender Mann. Bewusstseinsklar und wach. Örtlich, zeitlich, zur eigenen Person und zur Situation orientiert. Psychomotorisch sehr unruhig. Ausdrucksverhalten teilnahmslos, zeitweise erregt. Das formale Denken sei zerfahren und eingengt: Der Patient fühle sich als Opfer der Behörden bzw. des Staatsapparats. Er habe dies alles so nicht verdient. Er müsse nun auf das Sozialamt und habe keinen Plan, wie es mit ihm weitergehen solle. Der Affekt sei wechselnd: niedergeschlagen und ratlos, gereizt und aggressiv. Es bestünden keine Hinweise auf suizidale Absichten oder Fremdgefährdung. Die Therapie beschränke sich auf stützende Gespräche im ein- bis zweimonatlichen Rhythmus. Eine Prognose sei aufgrund der aktuellen Lebenssituation unverändert schwierig. Es bestünden Hinweise auf einen chronifizierten Verlauf bei aktuell mangelnden Lebensperspektiven (evtl. Wiederholung der eidgenössischen Prüfung). Auf dem Beiblatt zum Arztbericht gab der behandelnde Psychologe an, die vorliegende Symptomatik wirke sich unverändert auf alle Bereiche des Lebens aus. Aufgrund des vorliegenden psychischen Zustandsbildes sei die angestammte Tätigkeiten als Drucktechnologie nicht mehr zumutbar. Bei einer anderen Tätigkeit bestehe aktuell eine verminderte Leistungsfähigkeit. Der Patient sei nach wie vor sehr motiviert, einer beruflichen Tätigkeit nachzugehen und seine finanzielle Selbstständigkeit wieder zu erlangen. Er benötige dabei dringend fachliche Unterstützung im Rahmen von beruflichen Massnahmen (IV-Nr. 62).

3.9 Die Hausärztin Dr. med. C.\_\_\_\_ gab in ihrem Bericht zu Händen der IV-Stelle vom 24. Januar 2017 an, der Patient sei seit Dezember 2013 vom behandelnden Psychologen zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben worden. Seit August 2015 habe er aus eigenem Antrieb eine Ausbildung begonnen. Der Gesundheitszustand des Patienten sei stationär. Er fühle sich auch weiterhin durch die Gesellschaft und die politischen Strukturen missverstanden. Je nach Gesprächsinhalt gerate er in beträchtliche psychomotorische Erregung, dann werde sein Gedankengang verfahren, teilweise mit fast paranoiden Wahnvorstellungen. Aus rein hausärztlicher Sicht sei der Rücken ohne klinische Beschwerden bei aktuell fehlender körperlicher Belastung. Auch die intermittierende Migräne sei aktuell medikamentös gut behandelbar. Die psychiatrische Begleitung durch den behandelnden Psychologen stehe aktuell im Vordergrund. Der Patient sei weiterhin seit

Juni 2013 zu 100 % aus psychiatrischer Sicht krankgeschrieben. Auch andere Tätigkeiten seien ihm aktuell nicht zuzumuten (IV-Nr. 63 S. 5 f.).

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