

SO_GERICHTE VSBES.2020.35 vom 10. Februar 2021

SO Obergericht, 2021-02-10, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2020.35_d20210210

FR: SO_GERICHTE VSBES.2020.35 du 10 février 2021

IT: SO_GERICHTE VSBES.2020.35 del 10 febbraio 2021

Regeste

Invalidenrente und berufliche Massnahmen

Erwägungen

E. 1

Die Verfügung vom 7. Januar 2020 sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, dem Beschwerdeführer eine Invalidenrente nach den gesetzlichen Bestimmungen zu leisten sowie berufliche Massnahmen zu gewähren.

E. 2

2.1 Die Beschwerdegegnerin legt in der angefochtenen Verfügung (IV-Nr. 36) dar, die medizinischen Abklärungen hätten ergeben, dass der Beschwerdeführer aus orthopädischer Sicht für körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeiten zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkt arbeitsfähig sei. Das wiederholte Heben und Tragen von Lasten über 10 kg sollte, ebenso wie die Einnahme von Zwangshaltungen sowie von gebückten und kauernenden Positionen, vermieden werden. Die Einschränkung aus psychiatrischer Sicht betrage 20 %. Beim Einkommensvergleich resultiere ein Invaliditätsgrad von 15 %, was keinen Rentenanspruch ergebe. Der RAD führe nachvollziehbar aus, aus welchen Gründen die gegen das eingeholte bidisziplinäre Gutachten vorgebrachten Einwände nicht überzeugten. Bezüglich der Sucht sei festzuhalten, dass das Bundesgericht seine diesbezügliche Rechtsprechung geändert habe. Dabei müssten künftig die Leistungen bei Vorliegen einer Suchterkrankung wie bei allen anderen psychischen Erkrankungen anhand eines strukturierten Beweisverfahrens abgeklärt werden. Es müsse fachärztlich festgestellt werden, ob sich die diagnostizierte Suchtmittelabhängigkeit auf die Arbeitsfähigkeit der betroffenen Person auswirke. Im Fall des Beschwerdeführers sei das eingeholte Administrativgutachten gestützt auf den im strukturierten Beweisverfahren geltenden Fragekatalog eingeholt worden. Die Fachärzte hätten die Substanzabhängigkeit *lege artis* diagnostiziert und unter die Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eingereiht. Ferner hätten sie sich mit dem Substanzkonsum und dessen Folgen umfassend und nachvollziehbar auseinandergesetzt.

In der Beschwerdeantwort (A.S. 41 f.) führt die Beschwerdegegnerin aus, bevor das Administrativgutachten eingeholt worden sei, habe man gestützt auf die Angaben des Beschwerdeführers (der nicht zum Intake-Gespräch erschienen sei) medizinische Berichte bei den behandelnden Fachpersonen eingeholt. Mit der Einladung zur Begutachtung sei er weiter aufgefordert worden, medizinische Unterlagen dorthin mitzubringen. Es gehe nun nicht an, die Aussagekraft des Gutachtens wegen fehlender medizinischer Berichte zu monieren. Die im Beschwerdeverfahren eingereichten Berichte beträfen in der Vergangenheit kurzfristig aufgetretene medizinische Probleme, die meist ambulant und im

Spitalnotfall behandelt worden seien. Diese vorübergehenden Probleme seien für die Beurteilung des Leistungsanspruchs nicht von Relevanz.

2.2 Der Beschwerdeführer lässt dem in seiner Beschwerde (A.S. 3 ff.) bzw. Beschwerdeergänzung (A.S. 10 ff.) sowie in seiner Replik (A.S. 46 ff.) entgegenhalten, das psychiatrische Teilgutachten halte den formellen und materiellen Anforderungen an ein psychiatrisches Gutachten nicht Stand. Ein strukturiertes Beweisverfahren lasse sich damit nicht durchführen und der psychiatrische Gutachter stelle bei seiner Beurteilung auf seine 55-minütige Untersuchung sowie auf einen einzigen medizinischen Bericht der Psychiatrie D.____ vom 16. Mai 2018 ab, von deren Beurteilung er darüber hinaus abweiche. Der schwerste Mangel des bidisziplinären Gutachtens sei offensichtlich und liege in der fehlenden Kenntnis der Vorakten. Die komplexe Vorgeschichte des Beschwerdeführers sei insbesondere im psychiatrischen Teilgutachten kaum untersucht und berücksichtigt worden. Trotz der Tatsache, dass lediglich ein einziger aktueller medizinischer Bericht in den Akten vorhanden und dem Gutachter bekannt gewesen sei, dass der Beschwerdeführer vorher mindestens bei einem anderen Psychiater gewesen sei, habe er keine weiteren Akten zur Erstellung seiner Beurteilung eingeholt. Er hätte den Beschwerdeführer dahingehend befragen müssen, um sich die Akten in der Folge beschaffen zu können. Auch der Beschwerdegegnerin sei in diesem Zusammenhang eine massive Verletzung ihrer Abklärungspflicht (Art. 43 ATSG) vorzuwerfen. Bereits wegen dieses Mangels entbehre das Gutachten komplett seiner Beweiswertigkeit.

Es bedürfe keines besonderen medizinischen Fachwissens, um zu wissen, dass Ereignisse, wie sie der Beschwerdeführer erlebt habe, nicht spurlos an jemandem vorbeigingen. Es erstaune, dass der psychiatrische Gutachter die von mehreren Psychiatern gestellte Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung anhand eines einzigen Gesprächs von 55 Minuten und ohne Kenntnis der Vorakten zu verneinen vermöge. Nachdem der Beschwerdeführer das Erlebte im Strafverfahren bezüglich des von ihm erlebten sexuellen Missbrauchs voraussichtlich mehrfach habe schildern müssen, die Missbrauchsgeschichte sowohl in den Zeitungen als auch auf Facebook ausführlich geschildert worden sei und eine jahrelange Psychotherapie stattgefunden habe, sei ausserdem davon auszugehen, dass er gelernt habe, über die Ereignisse zu sprechen, ohne umgehend eine ganze Gefühlswelt preiszugeben. Dennoch seien die weiteren Symptome der posttraumatischen Belastungsstörung wie Ein- und Durchschlafstörungen, Reizbarkeit oder Wutausbrüche sowie Konzentrationsschwierigkeiten erfüllt. In den Verlaufsberichten von Dr. med. E.____ seien darüber hinaus Flashbacks und Träume beschrieben worden. Diese Akten erlaubten es, in den wesentlichen Zügen nachzuvollziehen, in welchem Ausmass der Beschwerdeführer in der Vergangenheit missbraucht worden sei. Ob die einzelnen Symptome der posttraumatischen Belastungsstörung durch den Gutachter erfragt worden seien, gehe aus dem Gutachten nicht hervor. Vielmehr sei davon auszugehen, dass die gutachterliche Schlussfolgerung, die Diagnose sei zu verneinen, ausschliesslich auf seinem subjektiven Eindruck, der Beschwerdeführer sei emotional sehr gut zugänglich, gründe. Bei so kurzen Untersuchungen werde in der Praxis verlangt, dass die einzelnen Symptome zu erfragen seien, sofern der Explorand diese nicht spontan äussere. Sowohl der Suizidversuch des Beschwerdeführers, die depressive Störung und seine zum Teil auch gegenüber der IV an den Tag gelegten Verhaltensweisen liessen weiter daran zweifeln, dass die ärztlich mehrfach bestätigte Diagnose so locker von der Hand zu weisen sei.

Aus dem psychiatrischen Teilgutachten gehe des Weiteren nicht hervor, aufgrund welcher Feststellungen der Gutachter den durch die behandelnden Ärzte festgestellten Schweregrad der depressiven Erkrankung nicht bestätige. Unter Ziff. 6.3 gebe dieser vier Symptome gemäss ICD-10 an, was auf eine mittelgradige depressive Episode schliessen lasse. Weshalb die Aufmerksamkeitsstörung für sich allein bzw. in der Gesamtbetrachtung sich nicht auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auswirke, gehe aus dem Gutachten ebenfalls nicht hervor. Bei der Lektüre des psychiatrischen Teilgutachtens entstehe insgesamt der Eindruck, dass der Gutachter die gesundheitlichen Einschränkungen auf dessen Suchtproblematik zurückführe und diese deswegen gestützt auf die nicht mehr gültige Rechtsprechung als invalidenversicherungsrechtlich nicht relevant einstufe. Gemäss der aktuellen bundesgerichtlichen Rechtsprechung (BGE 145 V 215) müsse der Einfluss der Substanzkonsumstörung auf die Arbeitsfähigkeit im Rahmen des strukturierten Beweisverfahrens beurteilt werden. Ob und inwiefern sich die Suchterkrankung auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auswirke, werde vom Gutachter nicht diskutiert.

Das orthopädische Gutachten seinerseits sei dahingehend zu bemängeln, dass dieses ebenfalls auf einer unvollständigen Aktenlage erstellt worden sei. Im Gegensatz zum psychiatrischen Gutachter habe der orthopädische Gutachter weitere Akten bei der F. ____ angefordert, leider lägen diese dem Gutachten nicht bei, weswegen deren Inhalt nicht überprüft werden könne. Ausserdem sei auch in somatischer Sicht davon auszugehen, dass ■ angesichts des schweren, im Jahr 2014 erlittenen Unfalls ■ auch diese Akten nur einen Bruchteil der vorhandenen Unterlagen darstellten und die somatischen Beschwerden des Beschwerdeführers damit nicht in genügender Weise abgeklärt worden seien.

Schliesslich sei zum anzuwendenden Valideneinkommen auszuführen, dass der Beschwerdeführer bereits seit Jahren durch die gesundheitlichen Beschwerden beeinträchtigt sei und davon ausgegangen werden müsse, dass er seine Ausbildung, welche im Übrigen keineswegs seinen Interessen entsprochen habe, aufgrund der Invalidität nicht habe abschliessen können. Im Sinne von Art. 26 IVV müsse beim Valideneinkommen deswegen auf den nach Alter abgestuften Prozentsatz des jährlich aktualisierten Medianwertes gemäss der Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik abgestellt werden.

E. 3

3.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Die Invalidität gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Art. 4 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]).

3.2 In zeitlicher Hinsicht sind ■ vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen ■ grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1 S. 220, 131 V 9 E. 1 S. 11 und 107 E. 1 S. 109, 127 V 466 E. 1 S. 467). Im vorliegenden Fall wird eine gesundheitliche Beeinträchtigung seit Dezember 2016 (IV-Nr. 2 S. 4) geltend gemacht. Der Rentenanspruch wiederum entsteht ■ sofern die entsprechenden Anspruchsvoraussetzungen gegeben sind ■ frühestens sechs Monate nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs (vgl. Anmeldung vom 11. Dezember 2017,

IV-Nr. 2), was hier im Juni 2018 der Fall wäre. Ein allfälliger Rentenanspruch könnte demnach frühestens ab 1. Juni 2018 gegeben sein. Damit sind die ab 1. Januar 2012 geltenden Bestimmungen der 6. IV-Revision massgebend.

3.3 Nach der seit 2012 geltenden Rechtslage haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

E. 4

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

4.2 Das Administrativverfahren vor der IV-Stelle wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben IV-Stelle und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichend Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum ■ auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe ebenfalls in gleicher Weise geltenden ■ Prinzip der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c in fine ATSG) auf (einschliesslich die antizipierte Beweiswürdigung): Führt die pflichtgemässe, umfassende und sachbezogene Beweiswürdigung den Versicherungsträger oder das Gericht zur Überzeugung, der Sachverhalt sei hinreichend abgeklärt, darf von weiteren Untersuchungen (Beweismassnahmen) abgesehen werden. Ergibt die Beweiswürdigung jedoch, dass erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellungen bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_308/2007 vom 9. April 2008 E. 2.2.1, mit vielen Hinweisen).

4.3 Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 E. 3b S. 194 f.). Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352). Der Sozialversicherungsrichter hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu

entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten ■ d.h. der Anamnese ■ abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und in seinen Schlussfolgerungen begründet ist (AHI 1997 S. 121; BGE 122 V 157 E. 1c S. 160). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten.

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

E. 5

5.1 Nach der neuen, am 30. November 2017 begründeten Rechtsprechung ist grundsätzlich auf sämtliche psychische Erkrankungen das sog. strukturierte Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 anzuwenden (BGE 143 V 418 E. 7.2 S. 429 sowie 143 V 409 E. 4.5.2 S. 416 f.). Die Frage, ob ein psychisches Leiden zu einer ganzen oder teilweisen Arbeitsunfähigkeit führt, beurteilt sich nach einem strukturierten, normativen Prüfungsraster. Anhand eines Kataloges von Indikatoren, welche sich auf den funktionellen Schweregrad des Leidens und die Konsistenz des Verhaltens beziehen, erfolgt eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des ■ unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits ■ tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (BGE 141 V 281 E. 3.6 S. 294 f. und E. 4.1.3 S. 297).

5.2 Ebenfalls geändert hat das Bundesgericht seine Rechtsprechung zur Beurteilung des Anspruchs auf Leistungen der Invalidenversicherung bei Vorliegen eines Abhängigkeitssyndroms. Demnach fallen nachvollziehbar diagnostizierte Abhängigkeitssyndrome bzw. Substanzkonsumstörungen grundsätzlich als invalidenversicherungsrechtlich beachtliche (psychische) Gesundheitsschäden in Betracht. Auch in diesen Fällen ist wie bei allen anderen psychischen Erkrankungen anhand eines strukturierten Beweisverfahrens abzuklären, ob sich ein fachärztlich diagnostiziertes Abhängigkeitssyndrom auf die Arbeitsfähigkeit der betroffenen Person auswirkt (BGE 145 V 215 E. 5 und 6 S. 221 ff. mit Hinweisen). Diese Rechtsprechung ist auf alle im Zeitpunkt der Praxisänderung noch nicht rechtskräftig erledigten Fälle anzuwenden (Urteil des Bundesgerichts 8C_259/2019 vom 14. Oktober 2019, E. 5.1).

6. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin einen Rentenanspruch des Beschwerdeführers zu Recht verneint hat. Hierzu bedarf es zunächst der Klärung des

medizinischen Sachverhalts. Dabei sind im Wesentlichen folgende Unterlagen relevant:

6.1 Im Arztbericht vom Dr. med. G.____, Oberärztin Psychiatrie D.____, vom 16. Mai 2018 (IV-Nr. 15) wurden folgende Diagnosen erhoben:

mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

Im Weiteren wurde dargelegt, der Patient befinde sich seit dem 11. November 2016 in Therapie, aktuell zweimal wöchentlich Kontakt im Rahmen der Medikamentenabgabe. Zusätzlich fänden regelmässige psychologische Gespräche in ein- bis zweiwöchentlichen Abständen statt. Die Arbeitsunfähigkeit betrage 100 % seit 1. Dezember 2017. Der Patient sei in die ambulante Behandlung gekommen, nachdem er im Kantonsspital H.____ bei Mischintoxikation mit Kokain in suizidaler Absicht intensivmedizinisch behandelt worden sei. Damals sei eine lange Partnerschaft zerbrochen und es habe Wohnungsverlust bei Überschuldung gedroht. In der Vorgeschichte zeigten sich eine schwierige Familiensituation mit stark kontrollierendem und Gewalt ausübendem Vater sowie ein Missbrauchstrauma durch eine männliche Person in den Jahren 2001/2002, in der Folge bis zum aktuellen Zeitpunkt mit Flashbacks, Alpträumen und Hypervigilanz. Eine Traumatherapie durch Dr. med. E.____ sei wegen unbezahlter Rechnungen abgebrochen worden. Es bestehe seit dem 19. Lebensjahr ein Substanzkonsum von vorwiegend Cannabis und Kokain (nasal), seit einem Schleudertrauma im Jahr 2014 zudem Oxycontin in steigender Dosis bis November 2017, dann der Beginn der Opioidsubstitution in der Psychiatrie D.____. In der Kindheit und Adoleszenz sei ein ADHS diagnostiziert worden. Bei depressiver Symptomatik und emotionaler Instabilität sei eine unterschiedliche, zumeist antidepressive Medikation verschrieben worden, die kurzfristig hilfreich erlebt worden sei, aber keinen durchgreifenden Erfolg gebracht habe. Obgleich in der ambulanten Behandlung die soziale Situation (begleitete Wohnung, Sozialhilfe, IV-Antrag gestellt) habe stabilisiert werden können, werde das Leben des Patienten durch die posttraumatische Belastungsstörung, depressive Symptomatik und Probleme mit Emotions- und Selbstwertregulation, Aktivitätsregulation und Selbstorganisation in erheblichem Masse bestimmt. Suchtmedizinisch habe sich aktuell eine deutliche Stabilisierung gezeigt, mit zunehmender Regelmässigkeit der Medikamentenbezüge. Das ADHS sei testpsychologisch gesichert. Der Patient habe begonnen, eine psychotherapeutische und medikamentöse Behandlung der ADHS wahrzunehmen. Er klage wiederholt über schmerzbedingte Einschränkungen durch eine präarthrotische Hüftdeformation.

In der testpsychiatrischen Untersuchung vom 20. März 2018 habe der Patient das Vollbild einer adulten ADHS-Problematik gezeigt. Er sei aus keinem Problembereich vollkommen herausgewachsen. Eine Methylphenidat-Behandlung wäre durchaus indiziert. Allerdings sei das klinische Bild der ADHS eingebettet in eine Suchtproblematik. Ausserdem werde vor allen Dingen der Bereich der emotionalen Dysregulation der ADHS überlagert von einer posttraumatischen Belastungsstörung. Der Patient habe in den vergangenen Monaten eine stetige Zunahme von Zuverlässigkeit und Pünktlichkeit gezeigt, sodass eine grundsätzliche Erlernung von Ausbildungs- und Arbeitsfähigkeit prognostiziert werden könne. Aufgrund der Kombination von Suchterkrankung, ADHS, posttraumatischer Belastungsstörung und Depression, sei die Belastbarkeit dabei stufenweise zu steigern, begleitend müsse davon ausgegangen werden, dass eine jahrelange psychotherapeutische Behandlung den Ausbildungs- und Arbeitsprozess begleiten werden müsse. Der Patient befinde sich derzeit

in Opiatsubstitution und erhalte ebenso Methylphenidat zur Behandlung seiner ADHS-Erkrankung. Parallel hierzu nehme er Gespräche beim Psychologen wahr, um seine diversen krankheitsbedingten Einschränkungen zu reduzieren. Man gehe davon aus, dass zunächst die Substitutionsbehandlung beibehalten werden müsse, der Patient durch seine psychotherapeutische Behandlung nach und nach in die Lage versetzt werde, sich mit den zugrundeliegenden traumatischen Inhalten seiner posttraumatischen Belastungsstörung auseinander zu setzen und hierüber eine Stabilisierung seiner affektiven Grunderkrankung möglich sein werde. Hier sei immer wieder von krisenhaften Zuspitzungen und möglicherweise auch Rückfällen auszugehen, sodass die Behandlung auf mehrere Jahre angelegt sei.

Gegenwärtig sei der Patient krankgeschrieben. Er sei durch die Teilnahme an therapeutischen Massnahmen, einschliesslich der Beübung der Wohnfähigkeit aktuell ausgelastet und noch im Aufarbeiten diverser psychosozialer Probleme begriffen. Seinen erlernten Beruf als Hauswart/Allrounder könne und wolle er nicht mehr ausüben, hierbei verweise er vor allem auf seine Hüftschmerzen und die Stressbelastung, die aus seiner Sicht durch die mangelnde Planbarkeit seiner Arbeitstätigkeit bedingt sei. Er leide vordergründig unter reduzierter Belastbarkeit und erhöhter Stressanfälligkeit, was überwiegend zu impulsiven Ausbrüchen, meist verbaler Art führe, was sich entsprechend auch in Risikoverhalten und Problemen im zwischenmenschlichen Kontakt abbilde. Er besitze momentan eine sehr geringe Frustrationstoleranz, die ein unselbstständiges Arbeiten ohne therapeutischen Rahmen als problematisch erscheinen lasse. Es seien regelhaft zwischenmenschliche Konflikte, Autoritäts- und Abhängigkeitskonflikte sowie impulsive Durchbrüche verbaler oder auch körperlicher Art zu erwarten. Der Beschwerdeführer reklamiere zudem, aufgrund der Hüftschmerzen Tätigkeiten mit langem Verharren in unveränderten Körperhaltungen nicht leisten zu können, was aber der Beurteilung eines orthopädischen Kollegen bedürfe. Demgegenüber zeige er eine konstante und nachvollziehbare Motivation, sich beruflich weiter zu entwickeln und auch tätig zu werden, er könne Hilfe annehmen und arbeite aktiv an der Verbesserung seiner gesundheitlichen Einschränkungen mit. Neben aller Impulsivität sei er dennoch kompromissbereit und in Gesprächen für Argumente durchaus zugänglich. Zu seinen Ressourcen zählten Neugier und Offenheit, die Fähigkeit zu vertrauen und Durchhaltewillen zum Erreichen persönlicher Ziele. Aus psychiatrischer Sicht erscheine eine Belastbarkeit für etwa drei bis vier Stunden täglich realistisch, Einschränkungen aus anderen Fachgebieten seien hierbei nicht berücksichtigt. Bei reduzierter Intensität oder entsprechender therapeutischer Begleitung wäre eine tägliche Belastung von fünf bis sechs Stunden zumindest mittelfristig erreichbar.

Was die Sucht anbelange, so liege eine Abhängigkeit von Opioiden, Tabak und Kokain vor. Die Opioidabhängigkeit werde behandelt, der Patient befinde sich in einem ärztlich überwachten Ersatzdrogenprogramm. In diesem Zusammenhang sei es ihm auch gelungen, den Kokainkonsum einzustellen. Die Abhängigkeiten seien in Zusammenhang mit der posttraumatischen Belastungsstörung (Opioide, Tabak), der Depression (Opioide, Kokain) und dem ADHS (Kokain) zu sehen, es liessen sich zeitlich und in der Substanzverwendung Hinweise auf ein Selbstmedikationsverhalten finden. Die Sucht habe einen mindernden, aber therapeutisch beeinflussbaren Effekt auf die Arbeitsfähigkeit. Durch die Suchterkrankung seien Symptome der posttraumatischen Belastungsstörung, der Depression und des ADHS verstärkt wirksam und die Gesamtbelastbarkeit eingeschränkt. Auch sei die Wiedererlangung der vollen Arbeitsfähigkeit voraussichtlich zeitlich verzögert

zu erwarten. Eine Anpassung der Belastungen (Dauer, Intensität) sei ratsam. Die alleinige Herstellung der Abstinenz würde keine ausreichende Verbesserung der Leistungsfähigkeit erbringen. Insbesondere sei von einer Abstinenzauflage in Bezug auf die Opioidaufnahme abzuraten. Abstinenz könne das Ziel einer erfolgreichen Behandlung darstellen und sei aus suchtmmedizinischer Sicht als Auflage ungeeignet. Der Patient befinde sich aus eigenem Antrieb in suchtherapeutischer, auch psychotherapeutischer Behandlung. Die Formulierung einer Auflage zur Psychotherapie berge die Gefahr, die oppositionelle Seite des Patienten hervorzurufen und die therapeutische Arbeit zu erschweren. Die Auflage, die Kokainabstinenz aufrechtzuerhalten sei bereits Grundlage für die psychotherapeutische und medizinische Behandlung des ADHS. Bislang lägen keine irreversiblen Einschränkungen vor. Monotone Arbeiten, die Daueraufmerksamkeit verlangten, seien ungeeignet. Aufgrund der Opiatsubstitution sei beim Führen von Maschinen eine gesonderte Abklärung zu empfehlen.

6.2 Die Beschwerdegegnerin holte bei der Begutachtungsstelle B.____ ein bidisziplinäres Gutachten ein, das am 15. Oktober 2018 von Dr. med. I.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. J.____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, erstattet wurde (Untersuchungen vom 27. und 29. August 2018; IV-Nrn. 21.1-21.4).

6.2.1 Im psychiatrischen Teilgutachten wurde zu den subjektiven Angaben des Exploranden festgehalten, dieser habe Schwierigkeiten, klar zu denken und sei stets erschöpft. Er fühle sich niedergeschlagen. Er sei im Morphin-Programm gewesen im Ambulatorium mit 530 mg Morphin pro Tag seit 2016 und jetzt auf einem kalten Entzug, da es mühsam gewesen sei mit der Abgabe, sodass er vor zwei Wochen die Behandlung abgebrochen habe. Dort habe er auch Concerta erhalten. Bereits seit dem Jahr 2012 habe er Ritalin gehabt wegen des ADHS. Sonst habe er auch Venlafaxin gehabt. Ein Dosisabbau des Morphins sei nicht erfolgt. Jetzt schwitze er, habe Kopfschmerzen, Depressionen, Ängste und könne in der Nacht nicht schlafen wegen des Entzugs. Er leide unter Schmerzen in der rechten Hüfte, zum Teil mittlerweile auch links. Er sei in ambulanter Behandlung in der Psychiatrie D.____. Zu Hause habe er noch Morphin und davon letztmals gestern 200 mg genommen, da es ihm sonst kaum möglich gewesen sei, zur Untersuchung zu kommen. Seit dem Jahr 2015 habe er Drogenprobleme, als damals auch die Beziehung mit seiner Freundin auseinandergegangen sei. Er habe Kokain und Ecstasy konsumiert, sei dann auch im Spital gewesen nach einem Zusammenbruch in der Wohnung und auch sieben Tage auf der Intensivpflegestation (IPS). Oft vertrage er aber die Leute nicht, es werde ihm rasch zu viel, plötzlich sei er niedergeschlagen und gehe dann nach Hause. Kokain habe er seit dem Jahr 2016 nicht mehr konsumiert nach einem dreitägigen Entzug, als er kein Geld mehr gehabt habe. Er habe dann aber mehr Morphin konsumiert und schon eine Art Suchtverlagerung gemacht. Morphin habe er erstmals mit 20 Jahren konsumiert wegen Hüftgelenksschmerzen bei einer Hüftgelenksfehlstellung. Kokain habe er durch Sniffen und Rauchen konsumiert. Intravenösen Drogenkonsum habe er nie betrieben. Mit anderen Drogen habe er nie Probleme gehabt, er kiffe nicht und trinke keinen Alkohol. Er rauche ein Päckchen Zigaretten pro Tag.

Zu seiner Lebensgeschichte habe der Explorand ausgeführt, er sei mit drei oder vier Jahren im Spital gewesen wegen Hüftproblemen, er habe auch einen Rollator gehabt. Ab ca. dem 10. oder 12. Lebensjahr sei er bis in das 17. oder 18. Lebensjahr von einem Mann missbraucht worden, zum Teil auch, indem dieser ihm Propofol verabreicht habe. Mit 23 Jahren habe er eine Anzeige gemacht. Er sei 12 Jahre alt gewesen, als die Trennung der

Eltern erfolgt sei. Er habe den Vater vermisst und sich deshalb mit dem Mann, der ihn misshandelt habe, eingelassen. Der 60-jährige Vater, von Beruf Spengler / Sanitär, habe die Kontakte zu ihm zuerst nicht regelmässig aufrechterhalten. Die ebenfalls 60-jährige Mutter arbeite als Haushaltshilfe und sei vorher für die Spitex tätig gewesen. Das einzige Geschwister sei der zwei Jahre ältere Bruder. Vom Vater sei er vom 8. bis noch zum 18. Lebensjahr auch geschlagen worden, wenn er etwas falsch gemacht habe. Heute habe er gute Kontakte in der Familie. Er sei eher zurückhaltend und vorsichtig gewesen als Kind, sei aber sehr ablenkbar gewesen. Die Schule habe er mit der Oberstufe abgeschlossen, ohne eine Klasse zu wiederholen. Im Militärdienst habe er die Rekrutenschule und alle Wiederholungskurse regulär geleistet. Concerta habe er damals nicht gehabt und während des Dienstes auch kein Kokain konsumiert, aber schon Morphin. Von 2004 bis 2007 habe er eine Lehre als Betriebspraktiker im Werkhof der Gemeinde [...] absolviert, wobei er bei der Abschlussprüfung durchgefallen sei. Er habe sich nicht gut konzentrieren können. Während der Lehre habe er nicht konsumiert und danach auch nicht bis zum Jahr 2015, aber schon Zigaretten geraucht. Er habe die Kraft nicht gehabt, die Lehrabschlussprüfung zu wiederholen. Zuerst habe er beim Vater in dessen eigenem Geschäft gearbeitet. Dann sei er an verschiedenen Security-Stellen tätig gewesen. Zuletzt sei er von 2011 bis 2016 vor allem als Türsteher bei Clubs auf Patrouillengängen nachts tätig gewesen. Deshalb habe er auch eine Bewilligung zum Tragen einer Waffe. Er gehe nach wie vor mit Kollegen schießen und treffe jeweils gut. Im Zeitraum von 2011 bis 2015 habe er selbstständig im Bereich Gartenunterhalt/Hauswartungen und Renovationen gearbeitet. Es sei schwierig gewesen, er sei zu spät zur Arbeit gekommen und nicht fit gewesen, sodass auch der Architekt reklamiert habe. Seit dem Jahr 2016 werde ihm hausärztlich und seitens der Psychiatrie eine gänzliche Arbeitsunfähigkeit bescheinigt. Er könne zu 50 % arbeiten, mehr sei wegen rascher Erschöpfung und Unkonzentriertheit nicht möglich. Er wohne alleine im betreuten Wohnen von der Suchthilfe [...] aus seit Ende 2016 in [...]. Einmal im Monat komme jemand vorbei. Er habe es nicht im Griff gehabt mit dem selbstständigen Wohnen, sei ein Chaos gewesen, auch wegen der Sucht. Finanziell lebe er vom Sozialamt. Das Schlimmste seien die Misshandlungen als Kind bis ins 18. Lebensjahr durch den pädophilen Mann gewesen.

Sein Tagesablauf sehe so aus, dass er um 06:00 Uhr aufstehe und sich um seine beiden Katzen kümmere. Er mache Spaziergänge und fahre mit dem Tram herum. Er habe gute Kollegen, mit denen er gerne auch zum Fischen in einem Weiher gehe. Ein Partygänger sei er nie gewesen. Seit einer Woche habe er wieder eine Freundin. Seine längste Beziehung mit gemeinsamer Wohnung habe sechs Jahre bis März 2016 gedauert, als er diese beendet habe. Dann sei nur noch die Sucht im Mittelpunkt gestanden. Schliesslich habe man ihm zu Hause auch den Strom abgestellt. Er sei dann im Spital gewesen, nachdem er Morphin, Temesta, eine Flasche Whisky und Kokain konsumiert habe. Die Substanzen habe er gesammelt, aber auch durch Verkauf von Drogen finanziert. Kokain beruhige ihn nämlich, da er ein ADHS habe, er könne dann klarer denken. Sonst gehe er auch gerne Schwimmen, aber nur ins K.____, da er öffentliche Bäder mit vielen Leuten meide. Er lese gerne. Verreist sei er letztmals im Jahr 2015 zusammen mit der damaligen Freundin nach Los Angeles. Im Jahr 2014 habe er eine Auffahrkollision erlitten, unverschuldet und so Geld erhalten, mit dem er sich die Reise habe finanzieren können. Er besitze gegenwärtig keinen Führerausweis, nachdem ihm dieser entzogen worden sei. Sonst sei er mit den öffentlichen Verkehrsmitteln unterwegs. Er frage sich schon, wie es wohl weitergehe. Er wolle gerne Schauspieler werden, dies sei sein Wunschberuf seit Kindheit. Vor zwei Monaten habe er in

der Schauspielschule in [...] auch das Rollenspiel und Charakterrollen geübt, was er sehr gut gemacht habe.

Der psychiatrische Gutachter erhebt folgende klinische Befunde: Der Beschwerdeführer sei etwas verspätet gekommen und habe sich mit seinem ADHS entschuldigt. Er habe angegeben, am Vortag letztmals Morphin konsumiert zu haben, um die Entzugssymptomatik zu mindern und die Untersuchung wahrnehmen zu können. Im Gespräch habe er keine Zeichen einer Ermüdbarkeit gezeigt, jedoch eher etwas chaotisch und wenig frustrationstolerant gewirkt. Das Gespräch habe 55 Minuten gedauert. Der affektive Kontakt sei sehr gut herstellbar gewesen und die Stimmung ausgeglichen. Der Explorand habe offen über seinen Substanzkonsum berichtet und eine Entzugssymptomatik angegeben. Anamnestisch habe er auch Konzentrationsstörungen und eine Vergesslichkeit angegeben, aber auch unstrukturiertes Verhalten, weiter Ängste im Rahmen der Entzugssymptomatik. Hinweise auf Zwänge bestünden nicht. Der Selbstwert sei erhalten und der Antrieb nicht gestört. Aufmerksamkeit, Auffassung und Gedächtnis seien nicht gestört gewesen, das Denken formal geordnet und inhaltlich hätten sich keine Wahnideen, Sinnestäuschungen, Halluzinationen und Ich-Störungen gezeigt.

6.2.2 Im orthopädischen Teilgutachten wurde zu den subjektiven Angaben des Exploranden festgehalten, das rechte Hüftgelenk schmerze ihn beim Laufen, nicht aber im Sitzen und Liegen. Unter der Einnahme von Morphium sei er beschwerdefrei. Er lokalisiere die Symptomatik zwischen ventralem und dorsalem Beckenkamm, gelegentlich komme es beim Gehen zum Knacken. Es erfolgten Ausstrahlungen in den lateralen Oberschenkel und ab und zu schmerze «die ganze rechte Seite» bis zum dorsolateralen Thorax. Er verlagere daher das Gewicht auf das linke Bein, wo die Symptomatik «eher lokal in das Gelenk selber» ziehe. Er habe im April 2014 unverschuldet als angegurter Lenker eine Heckauffahrkollision erlitten, wobei sein Auto in das vor ihm befindliche Fahrzeug geprallt sei. Es seien zwei bis drei Halswirbel betroffen gewesen. Er könne sich an den Aufprall nicht erinnern. Der Airbag habe nicht ausgelöst und es sei weder zu Übelkeit noch zu Erbrechen gekommen. Er habe Schmerzen «am ganzen Hals bis zum Rücken» erlitten und sich deshalb drei Wochen lang nicht bewegen können. Vom zufällig vorbeifahrenden Krankenwagen sei er sofort in das Spital gebracht worden, wo man ihn abends entlassen habe. Am nächsten Tag habe er einen Chirurgen aufgesucht, welcher ihm eine Halskrause verabreicht habe, die er fast zwei Monate lang getragen habe. Aktuell spüre er noch ab und zu bei schnellen Kopfbewegungen einschliessende Nackenschmerzen mit vier Tage lang anhaltender Migräne, was zuletzt vor etwa zwei Monaten der Fall gewesen sei. Er verneine weitere Beschwerden des Bewegungsapparates. Die Hüftbeschwerden habe er seit der Kindheit. Diese seien etwa beim Schulturnen aufgetreten und hätten beim Militär erheblich zugenommen. Im langjährigen Verlauf sei es zu keiner Besserung gekommen. Bezüglich der Hüfte habe er immer wieder wie zuletzt vor etwa drei Wochen zweitägige «Zwangspausen» einlegen müssen. Das «Stehen und so» funktioniere, solange er keine höheren Lasten bewege. Eine im Jahr 2015 in der Klinik F.____ erfolgte Abklärung mit MRI habe eine Fehlstellung und eine Fehlform im Sinne eines «nicht runden» Gelenkes ergeben. Wahrscheinlich müsse er operiert werden. Gemäss ärztlicher Aussage werde bald eine Arthrose entstehen. Die schon fünf- bis sechsmal gerufenen «mobilen Ärzte» hätten Kortisonspritzen verabreicht, wobei er nun Schmerzausstrahlungen in den lumbalen Rückenabschnitt erwähne. Die Interventionen hätten nur geringe bzw. vorübergehende Linderung bewirkt. Er betreibe für den Oberkörper Krafttraining und schwimme ab und zu.

Die Angaben betreffend die Einnahme von Sevredol blieben widersprüchlich, wobei der Explorand schliesslich schildere, das Präparat letztmals vor drei Tagen konsumiert zu haben. Alle anderen Analgetika seien völlig wirkungslos, doch hätten Venlafaxin und Concerta einen guten Effekt gezeigt. In letzter Zeit konsultiere er aufgrund unbezahlter Rechnungen nicht mehr den Hausarzt, allwöchentlich aber einen Psychiater. Er werde weder orthopädisch noch rheumatologisch betreut.

Es wurden folgende Befunde erhoben: Der Explorand erhebe sich anfangs einmal kurz, um die Hüftschmerzen zu deuten und sitze im Übrigen während einer halben Stunde ruhig. Das Entkleiden in ausschliesslich stehender Position gelinge flüssig, zügig und ohne sichtbare Einschränkung. Es bestehe ein athletischer, trainiert wirkender Habitus und hinkfreier ebener Barfussgang. Der Fersen- und Zehengang seien beidseits über mehrere Meter ohne Absinken durchführbar. Es zeigten sich ein Schulterhochstand rechts und ein Beckengeradstand, der Einbeinstand beidseits sei ohne Trendelenburg-Zeichen. Im Bereich der Wirbelsäule zeige sich eine deutliche Protraktion der Schultern, die Längsachse sei aspektmässig im Lot. Es bestehe ausschliesslich eine Druckdolenz hochlumbal paravertebral rechts. Im Bereich der HWS liege keine Druckdolenz an der Mittellinie sowie der völlig unverspannten Nackenmuskulatur vor. Das Kippen des Kopfes nach rechts führe zum skapulären Ziehen an der Gegenseite. Im Bereich der Hüfte zeige sich rechts eine mässige Druckdolenz trochantär und nicht klar fassbar dorsal davon. Bei der Aussenrotation rechts bestehe eine Schmerzangabe von inguinal bis gluteal und geringer bei der Einwärtsdrehung. Hingegen bestehe beidseits keine Schmerzangabe beim Impingement-Test. Bei endgradiger Flexion links gebe der Explorand im Bereich des proximalen ventralen Oberschenkels Schmerzen an, wobei er die Symptomatik spontan als «muskulär» bezeichne. Die Knie seien unauffällig. Im Bereich der Füsse sei von den Fusspulsen nur die A. tibialis posterior symmetrisch kräftig palpabel. Auf den Blutdruck angesprochen berichte der Explorand, dass ihm in letzter Zeit oft schwarz vor den Augen werde. Es bestehe eine symmetrisch massiv ausgeprägte plantare Beschwiellung. Im Bereich der Schulter zeige sich eine Prominenz des rechten Akromioklavikulargelenkes samt Klaviertastenphänomen und Druckdolenz, welche im Übrigen sonst nur an der Fossa supraspinata dieser Seite festzustellen sei. Es sei im Alter von etwa vierzehn Jahren zur Verletzung gekommen, wobei man eine Fraktur ausgeschlossen habe. Er habe hier Probleme beim Tragen eines schweren Rucksackes. Bei der Aussenrotation rechts bestehe eine Verspannung samt skapulärer Schmerzangabe, am Ellbogen eine Druckdolenz an der proximalen Partie der radialen Extensoren der rechten Seite, welche er etwa zum Schiessen oder Schneiden verwende. Aufgrund der Schulterproblematik schone er im Alltag die rechte Seite bezüglich Überkopfverrichtungen. Sodann sei beidseits eine freie Beweglichkeit der Hand- und Fingergelenke festzustellen.

Zum neurologischen Status wird dargelegt, an sämtlichen Extremitäten sei die Sensomotorik erhalten. Der BSR sei symmetrisch mässig lebhaft und der TSR beidseits unter Verspannung nicht auslösbar. PSR und ASR seien symmetrisch lebhaft erhältlich. Der Lasègue betrage 40° rechts mit ausschliesslich inguinaler Schmerzangabe und 60° links unter Verneinung von Beschwerden. In sitzender Position bei hängenden Beinen geprüft gelinge die Kniestreckung rechts unter inguinaler Schmerzangabe keinesfalls vollständig, unter Ablenkung aber unmittelbar darauf ebenso wie links problemlos bis in die Endposition. Beidseits seien Hüftrotationen ohne Schmerzäusserung gut möglich.

Ein Arthro-MRI der Hüfte links vom 22. Dezember 2010 (schriftlicher Befund) bei Status nach Sturz zeige intakte ossäre Strukturen ohne Anhaltspunkt für eine Fraktur oder ein Knochenmarksödem. Das Labrum und der Knorpelbelag seien intakt ohne Defektzone oder relevante Ausdünnung. Es bestehe kein Nachweis einer acetabulären Retroversion oder einer Protrusio acetabuli. Es zeige sich indessen eine Pistol grip-Deformität des Schenkelhalses links mit ossärer Apposition am Übergang zwischen Femurkopf und -hals.

Ein Röntgen der LWS stehend ap/lateral vom 29.08.2018 zeige eine lumbosakrale Übergangsstörung im Sinne einer Lumbalisation von SWK1; die Interartikularportion scheine hier unterbrochen, und es bestehe eine Anterolisthese SWK1/2 Grad I. Des Weiteren liege eine diskrete Retrolisthese LWK5/SWK1 mit dorsal aufgebrauchtem Bandscheibenfach vor, ventral aber kein höhergradiger Versatz.

Das Röntgen des Beckens ap stehend vom 29.08.2018 zeige eine Coxa valga mit Verminderung des femoralen Offsets beidseits. Der CE-Winkel rechts betrage zirka 17° und links zirka 32°. Beidseits präsentiere sich ein gut erhaltener radiologischer Hüftgelenkspalt. Es bestünden keine höhergradigen Veränderungen der Iliosakralgelenke.

6.2.3 Insgesamt erheben die Gutachter folgende Diagnosen:

mit Einfluss auf Arbeitsfähigkeit

ohne Einfluss auf Arbeitsfähigkeit

E. 7

7.1 Die Beschwerdegegnerin stellt in der angefochtenen Verfügung auf das eingeholte Administrativgutachten der Begutachtungsstelle B.____ ab, weshalb dessen Beweiswert zu prüfen ist. Allgemein kann dazu gesagt werden, dass dieses in Kenntnis der vorhandenen Aktenlage, nach eingehender Untersuchung des Beschwerdeführers unter Berücksichtigung seiner subjektiven Angaben und von ausgewiesenen Fachärzten auf den entsprechenden Gebieten erstellt wurde. Insofern sind die Voraussetzungen an eine beweiskräftige Expertise erfüllt. Der Beschwerdeführer lässt als formellen Mangel indessen vorbringen, die Gutachter hätten nicht über die vollständigen Akten verfügt bzw. hätten vorgängig weitere Akten einholen sowie den Beschwerdeführer dazu befragen müssen, welche Unterlagen noch einzuholen seien. Zudem habe die psychiatrische Untersuchung nur 55 Minuten gedauert. Dazu ist festzuhalten, dass die Gutachter über alle Akten verfügten, die der Beschwerdegegnerin zum Zeitpunkt des Gutachtensauftrags vorlagen. Dies waren der Bericht der Psychiatrie D.____ vom 16. Mai 2018 (IV-Nr. 15) sowie eine Äusserung von Dr. med. E.____, wonach er keinen aktuellen Bericht schicken könne, weil man die Behandlung wegen finanzieller Ausstände beendet habe. Die letzte Konsultation sei am 11. April 2017 gewesen (IV-Nr. 9 S. 6). Des Weiteren verfügten die Gutachter über einen Auszug aus der Patientengeschichte der Praxisklinik F.____ in [...] vom 2. Februar 2011 und einen Bericht über eine MR-Arthrographie des Hüftgelenkes links vom 22. Dezember 2010 (IV-Nr. 21.1 S. 11). Der Beschwerdeführer wurde zweimal zu einem Intake-Gespräch eingeladen (IV-Nrn. 6 und 8), wobei das erste telefonisch abgesagt wurde (vgl. Protokolleintrag vom 19. Februar 2018) und er zum zweiten Termin nicht erschien (vgl. Protokolleintrag vom 7. März 2018). Er konnte demnach nicht von der Beschwerdegegnerin im Gespräch direkt dazu befragt werden, bei welchen behandelnden Ärztinnen und Ärzten noch weitere Unterlagen eingeholt werden könnten. Wie diese zu Recht erwähnt, wurde der Beschwerdeführer mit Einladung zur Begutachtung ausserdem aufgefordert, medizinische Unterlagen mitzubringen (IV-Nr. 20 S. 2). Aus den vorhandenen Berichten oder der

gutachterlichen Anamneseerhebung lassen sich keine Informationen zu anderen Behandlern entnehmen. Schliesslich wird auch nicht geltend gemacht, dass beim Beschwerdeführer weitere Diagnosen vorliegen würden, die nicht berücksichtigt oder abgeklärt worden wären. Insofern ist nicht ersichtlich, inwiefern die Gutachter noch die Existenz weiterer Berichte oder Aktenstücke hätten ausforschen sollen. Im Beschwerdeverfahren werden denn auch, neben zahlreichen älteren Berichten zu somatischen Problemen, kaum weitere Unterlagen zu psychiatrischen Behandlungen eingereicht. Zur Untersuchungsdauer ist zu sagen, dass diesbezüglich keine starren Regeln aufgestellt werden können (BGE 144 IV 176 E. 4.5.1 S. 186) und sich auch im konkreten Fall daraus keine Hinweise finden, dass der psychiatrische Gutachter in der Untersuchung nicht eine komplette Anamnese und Befunderhebung hätte durchführen können, wie sich aus den nachstehenden Erwägungen ergibt. Es gilt im Übrigen zu beachten, dass es für den Aussagegehalt eines medizinischen Berichts nicht in erster Linie auf die Dauer der Untersuchung ankommt. Massgeblich ist vielmehr, ob der Bericht inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist. Die Dauer der Untersuchung und die Anzahl der psychiatrischen Explorationen unterliegen grundsätzlich der Fachkenntnis und dem Ermessensspielraum des Experten (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_190/2019 vom 14. Mai 2019 E. 3.1 und 8C_466/2017 vom 9. November 2017 E. 5.1, je mit Hinweisen).

7.2 Inhaltlich legt der psychiatrische Gutachter nachvollziehbar dar, dass beim Beschwerdeführer eine aktenmässig bereits dokumentierte einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung bestehe. Diese sei gekennzeichnet durch rasche Konzentrationsstörungen vor allem unter Belastung, aber auch durch unstrukturiertes Verhalten. Hinweise hätten bereits in der Kindheit bestanden, mit Konzentrationsstörungen und schliesslich Versagen bei der Lehrabschlussprüfung wegen ungenügender Leistungen. Des Weiteren wird ein multipler Substanzkonsum mit Morphin-, später auch Kokainabhängigkeit konstatiert, der sich beim Beschwerdeführer aufgrund von Schmerzen wegen seiner Hüftgelenksbeschwerden entwickelt habe. Der Beschwerdeführer habe angegeben, dass ihn Kokain beruhige und seine Konzentration verbessere, was bei Menschen mit einer einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung bekannt sei. Somit handelt es sich nach einleuchtender gutachterlicher Einschätzung um eine sekundäre Störung durch Substanzkonsum im Sinne eines Abhängigkeitssyndroms. Die Störung wird als früh entstanden und nunmehr deutlich ausgeprägt angesehen. Der Gutachter legt plausibel dar, dass es durch einen Morphinkonsum zu vermehrter Müdigkeit kommen könne, durch Kokainkonsum wiederum zu verstärkten Verstimmungen. Weiter bestand nach ebenfalls stimmiger Beurteilung und in Einklang mit den klinischen Befunden zum Zeitpunkt der Untersuchung eine leichte depressive Episode. Als relevante Symptome bestünden depressive Verstimmungen, erhöhte Ermüdbarkeit, Schlafstörungen und anamnestisch Konzentrationsstörungen. Somit werden von den Hauptsymptomen einer depressiven Episode zwei (depressive Verstimmung und erhöhte Ermüdbarkeit, letzteres aber ohne Antriebsverlust) und zwei Zusatzsymptome (Schlafstörungen und verminderte Konzentration) genannt, wobei eines nur anamnestisch angegeben wurde, sich in der Untersuchungssituation aber nicht bestätigte (verminderte Konzentration). Dies entspricht dem Schweregrad einer leichten depressiven Episode. Der Gutachter verweist auf den in den Akten festgehaltenen, rezidivierenden Verlauf der Depression, wobei die Symptomatik zum Teil auch deutlicher ausgeprägt gewesen sei. Irreversible Sekundärschäden durch den Substanzkonsum werden indessen nicht als erwiesen erachtet. Mit Verweis auf die am Untersuchungstag durchgeführte urintoxikologische Untersuchung wird ein positives

Resultat auf Opiate genannt. Die Angaben bezüglich des Konsums, gegenwärtig auf Kokain zu verzichten, dafür vermehrt Morphin zu konsumieren, erachtet der Gutachter als glaubwürdig. Er hält zur Störung durch multiplen Substanzkonsum in Einklang mit der Einschätzung der Behandler der Psychiatrie D. ___ fest, dass sich jene nicht zusätzlich einschränkend auf die Arbeitsfähigkeit auswirke (vgl. IV-Nr. 15 S. 4). Weiter wird dargelegt, dass es dem Beschwerdeführer jederzeit zumutbar sei, wieder suchtspezifische Hilfe in Anspruch zu nehmen, weil keine deutlichen Konzentrationsstörungen vorlägen, die dies verhindern würden. Auch dies ist mit Blick auf den klinischen Befund nachvollziehbar. Sodann wird auch die einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung nicht als einschränkend für die Arbeitsfähigkeit angegeben. Dies wird plausibel damit begründet, dass der Beschwerdeführer diesbezüglich wieder auf eine (zum Untersuchungszeitpunkt nicht eingenommene) entsprechende Medikation zurückgreifen könne, wenn es zu starken Symptomen mit chaotischem Verhalten und Unkonzentriertheit kommen sollte. Eine deutliche Hyperaktivität erkennt der Gutachter in der Untersuchung nicht (IV-Nr. 21.2 S. 5 f.).

Es wird weiter Bezug auf die Biographie des Beschwerdeführers genommen und erwähnt, dass dieser die frühe Trennung der Eltern erlebt, dann den Vater vermisst und mehrere Jahre einen Missbrauch durch einen pädophilen Mann erlitten habe. Er sei auch vom Vater geschlagen worden. Aufgrund der Hüftgelenksproblematik sei es früh zu einer Morphinabhängigkeit gekommen, später zu Kokainkonsum. Mit Blick auf die Suchtproblematik wird festgehalten, dass der Beschwerdeführer derzeit nicht mehr in einer Substitutionsbehandlung sei und keine Medikation für die einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung mehr erhalte. Auch eine antidepressive Medikation bestehe nicht. Der Beschwerdeführer selber habe die suchtspezifische Behandlung abgebrochen, sei auf Entzug und helfe sich dagegen mit Morphin, das er noch zu Hause habe. Eine ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung mit regelmässigen Gesprächen sei installiert. Insgesamt bestehen gutachterlich gesehen lebensgeschichtliche Belastungen, über die der Beschwerdeführer im Untersuchungsgespräch eingehend gesprochen habe, vor allem mit erlebter Gewalt, Missbrauch in der Kindheit und Jugend, einer seit Kindheit bestehenden Hüftgelenksproblematik und wegen des Konsums auch negativen Folgen mit noch zwei laufenden Strafverfahren. Die Prognose erachtet der Experte bei früher sonst voller Leistungsfähigkeit, jedoch chronischem Verlauf als ungewiss. Unter Verweis darauf, dass der Beschwerdeführer angegeben habe, dass er zur Untersuchung nur habe kommen können, weil er zu Hause noch Morphin gehabt habe, hält der Gutachter fest, dass eine erneute ärztlich kontrollierte Substitutionsbehandlung notwendig wäre und der Beikonsum kontrolliert werden sollte. Sollte der Beschwerdeführer nicht auf Beikonsum verzichten können, wäre eine qualifizierte stationäre (Teil-)Entzugsbehandlung zu prüfen. Bei Konzentrationsstörungen oder chaotischem, unstrukturiertem Verhalten sollte wieder eine Medikation gegen die einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung erfolgen, damit der Beschwerdeführer nicht wieder auf Kokain zurückgreife. Auch eine antidepressive Medikation könnte beim rezidivierenden Verlauf der Depression hilfreich sein. Zur Konsistenz und Plausibilität in der Untersuchungssituation wird schliesslich gesagt, der Beschwerdeführer habe während des ganzen Untersuchungsgesprächs sitzen bleiben können und sei durchwegs gleich konzentriert gewesen. Was den Alltag betrifft, so wird ausgeführt, dass der Beschwerdeführer durchaus noch recht aktiv sei, sich auch als Schütze betätige und angebe, gut treffen zu können, trotz der einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung und der angegebenen Konzentrationsstörungen. Weiter habe er

ausgeführt, gerne zu lesen und dabei keine grösseren Probleme zu haben. Der Gutachter nimmt sodann Bezug auf die in den Akten erhobene rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode. Diagnostisch bestehe aber, wie dargelegt, eine leichte depressive Episode. Es sei indessen gut möglich, dass die Depression im Verlauf punktuell auch stärker ausgeprägt gewesen sei. Gemittelt über den Verlauf könne eine langanhaltende höhergradige Arbeitsunfähigkeit jedoch nicht bestätigt werden. Hier wird noch einmal darauf verwiesen, dass der Beschwerdeführer keine antidepressive Medikation einnimmt. Weiter geht der Gutachter auf die diagnostizierte posttraumatische Belastungsstörung ein und verneint eine solche aufgrund des Ergebnisses der aktuellen Untersuchung: Es fehle an der entsprechenden Symptomatik mit deutlichem Erleben von traumatischen Erinnerungen in sich aufdrängenden Gedanken und Träumen und zwar so, als ob das traumatische Ereignis unmittelbar stattfinde. Ebenso bestünden keine emotionale Abstumpfung der Umgebung gegenüber oder Phasen von Erregtheit. Der Beschwerdeführer habe über die erlebten Traumatisierungen im Untersuchungsgespräch gut reden können, habe keine Erregtheit und auch keine emotionale Abstumpfung gezeigt, er sei vielmehr emotional sehr gut zugänglich gewesen. Auch diese Einschätzung erweist sich als plausibel. Schliesslich wird auf die beim Beschwerdeführer vorhandenen Ressourcen eingegangen: angelernte Arbeit mit Berufserfahrung (aber ohne Berufsabschluss), regelrecht erfolgter Militärdienst, gute Kontakte im Umfeld, neue Beziehung und Mobilität mit den öffentlichen Verkehrsmitteln (vgl. IV-Nr. 21.2 S. 6 ff.).

7.3 Die nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung geforderte Indikatorenprüfung (vgl. E. II. 5 hiervor) lässt sich anhand des Gutachtens vornehmen. Zur Kategorie «funktioneller Schweregrad» (Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde, Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder ■resistenz, Komorbiditäten, Persönlichkeit, sozialer Kontext) zeigt sich zum Zeitpunkt der Begutachtung eine leichte depressive Episode. Die einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung und die Suchtproblematik wirken sich auf die Arbeitsfähigkeit nicht aus. Erstere lässt sich mit entsprechender Medikation behandeln und in Bezug auf die Suchtstörung gingen schon die Behandler der Psychiatrie D.____ davon aus, dass sich diese gut entwickelt habe und mittlerweile ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit sei. Gutachterlich gesehen wird von einer sekundären (und damit IV-relevanten) Störung durch Substanzkonsum ausgegangen. Somit wird diese als krankheitswertig bezeichnet, jedoch in ihrer Ausprägung ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit, was der Einschätzung der behandelnden Ärzte entspricht. Zur Behandlung und Eingliederung ist festzustellen, dass sich der Beschwerdeführer zum Gutachtenszeitpunkt zwar in regelmässiger ambulanter psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung befand, darüber hinaus aber jegliche Medikation nicht mehr besteht und er sich selber mit noch zu Hause vorhandenem Morphin therapiert. Die Inanspruchnahme von suchtspezifischer Hilfe (konkret eine ärztlich kontrollierte Substitutionsbehandlung) wird gutachterlich ebenso notwendig erachtet wie die Aufnahme einer Medikation bezüglich des ADHS und einer antidepressiven Medikation. Komorbiditäten sind mit der depressiven Symptomatik und der sekundären Suchtstörung gegeben. In Bezug auf die Persönlichkeit ist festzuhalten, dass sich in der Biografie einige belastende Ereignisse finden wie die frühe Trennung der Eltern, ein gewaltanwendender Vater und ein jahrelanger sexueller Missbrauch. Der Beschwerdeführer war trotz all dieser Widrigkeiten und einer nicht abgeschlossenen Ausbildung über längere Zeit in der Lage, im Arbeitsleben zu bestehen. Insofern lassen sich keine Hinweise auf eine besonders auffällige Persönlichkeitsstruktur finden. Auch im Rahmen der Begutachtung liessen sich keine Hinweise auf akzentuierte

Persönlichkeitszüge finden. Der Gutachter hält fest, dass der Beschwerdeführer chaotisch und etwas frustrationsintolerant gewirkt habe. Zum sozialen Kontext lässt sich sagen, dass der Beschwerdeführer durchaus aktiv scheint. Er benützt die öffentlichen Verkehrsmittel, trifft sich mit einer Reihe von Kollegen, geht fischen, hat einen guten Bezug zu seiner Familie und betätigt sich auf dem Schiessstand. Auch für die Kategorie «Konsistenz» (gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen, behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck) sind die eben genannten Aktivitäten von Relevanz: Der Beschwerdeführer scheint im Alltag recht aktiv zu sein und gibt an, als Schütze gut zu treffen, trotz der angegebenen Konzentrationsstörungen. Weiter hat er gemäss seinen eigenen Angaben auch beim regelmässigen Lesen keine derartigen Probleme. Insofern erscheint eine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen, welche über das gutachterlich festgestellte Niveau hinausginge, nicht gegeben.

7.4 In orthopädischer Hinsicht wird gestützt auf die umfassende Befunderhebung (inkl. bildgebende Untersuchungen) schlüssig dargelegt, dass der Beschwerdeführer seit Kindertagen auftretende, diffus gedeutete rechtsseitige Hüftbeschwerden beklage, wobei infolge der resultierenden Schonung der Extremität auch die Gegenseite schmerze. Die ausschliesslich unter Belastung bestehende Symptomatik habe im Verlauf zugenommen. Intermittierend beständen lumbale Rückenschmerzen sowie Beschwerden im zervikalen Abschnitt nach vor vierzehn Jahren erlittenem Autounfall. Erst während der körperlichen Untersuchung beschreibe der Beschwerdeführer Beschwerden an der dominanten rechten Schulter nach im Jugendalter erlittener, konservativ behandelter Verletzung. Er werde weder orthopädisch noch rheumatologisch betreut. Anamnestisch sei auf Ebene des Bewegungsapparates seit längerem keine Therapie erfolgt. Bei der Untersuchung der Wirbelsäule und Extremitäten zeige sich eine freie Beweglichkeit sämtlicher Abschnitte. An den Hüften seien indessen Hinweise für ein femoroazetabuläres Impingement und an der rechten Schulter für eine Instabilität des Akromioklavikulargelenkes objektivierbar. Die gesamte ausführliche Untersuchung im Stehen, Gehen, Sitzen und Liegen könne bei guter Kooperation problemlos durchgeführt werden, wobei sich der Leidensdruck am ehesten auf die rechte Hüfte beziehungsweise Leiste konzentriere. Auf neurologischer Ebene zeigten sich keine klaren Hinweise für das Vorliegen einer Pathologie im Bereich des peripheren Nervensystems. Folglich könnten eine spinale Kompressionsproblematik oder die Läsion eines grösseren peripheren Nervs klinisch weitgehend ausgeschlossen werden. Auf radiologischer Ebene bestehen gutachterlich gesehen femorale Offset-Störungen beider Hüften sowie eine Dysplasie der rechten Seite. Im vor mehreren Jahren durchgeführten MRI habe man höhergradige chondrale Alterationen sowie eine Labrumläsion ausschliessen können. An der Wirbelsäule zeigten sich eine lumbosakrale Übergangsstörung mit Lumbalisation von SWK1, Osteochondrose und diskreter Retrolisthese LWK5/SWK1 sowie eine isthmische Anterolisthese SWK1/2 Grad I.

Zusammenfassend wird damit nachvollziehbar dargelegt, dass sich die an lumbaler Wirbelsäule sowie Hüftgelenken beklagten Beschwerden durch die klinischen und radiologischen Befunde nachvollziehen lassen. Weniger fassbar bleibe allerdings der Leidensdruck im Nackenbereich. Hierbei wird auf die völlig freie Beweglichkeit und unverspannte Muskulatur verwiesen. Die im Alltag geltend gemachten Einschränkungen könnten insoweit nachvollzogen werden, als sie anamnestisch nur bei höheren Belastungen

aufträten und sonst eher den psychischen Bereich umfassen dürften. Weiter hält der Gutachter fest, im Eintrag in die Patientengeschichte der Klinik F.____ vom 5. Januar 2011 sei ein «sogeannter Impingement-Schmerz» am nicht betroffenen rechten Hüftgelenk beschrieben worden, während dieser links nicht auslösbar gewesen sei. Radiologisch zeigten sich beidseits eine femorale Offset-Störung bei im links durchgeführten MRI fehlenden Labrum- und Knorpelläsionen. Die nach Sturz im Rahmen der Tätigkeit als Sicherheitsmann im Jahr 2010 auftretenden, am ehesten muskulären Probleme am Ursprung des Sartorius und Tensor fasciae latae links sollten physiotherapeutisch angegangen werden. Der Befund an den Hüften stelle eine präarthrotische Deformität dar. Eventuell sollte die femorale Taillierung operativ wiederhergestellt werden. Der Einschätzung einer femoralen Offset-Störung beider Seiten könne durchaus gefolgt werden, nicht aber dem angegebenen wahrscheinlichen Zustand nach Epiphysiolyse (IV-Nr. 21.3 S. 6 ff.).

7.5 Die Psychiatrie D.____ (L.____, Oberarzt, und M.____, Psychologe) nahmen am 11. April 2019 zum Gutachten der Begutachtungsstelle B.____ Stellung (IV-Nr. 31 S. 2 ff.). Darin wurde ausgeführt, es seien während der Begutachtung nur deshalb keine Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung erkennbar gewesen, weil der Beschwerdeführer diesbezüglich eine lange psychotherapeutische Behandlung durchgeführt und gelernt habe, über diese Erlebnisse zu reden. Dennoch lägen anhaltende Symptome wie Ein- und Durchschlafstörungen, Reizbarkeit oder Wutausbrüche und Konzentrationsschwierigkeiten eindeutig immer noch vor, die erhebliche einschränkende Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hätten. Zur rezidivierenden Depression sei zu sagen, dass sich Patienten oft von ihrer besten Seite zeigten. Für die tatsächliche Beurteilung der depressiven Symptomatik auch bezüglich der Arbeitsfähigkeit seien jedoch längere Beurteilungszeiträume notwendig. Schliesslich sei der Einschätzung, dass das adulte ADHS keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit habe, zu widersprechen. Der Beschwerdeführer habe trotz einer leitliniengerechten Therapie mit Methylphenidat immer noch klinisch relevante Defizite (Probleme im Bereich Desorganisation, Temperament, Impulsivität, Affektlabilität). Die Schnittstellen zwischen den drei Diagnosen wirkten sich auf das Arbeitsverhalten aus.

Zu diesen Einwänden und der daraus resultierenden Einschätzung einer Arbeitsfähigkeit von mindestens 50 % muss festgestellt werden, dass sich daraus nichts erkennen lässt, das gutachterlich nicht berücksichtigt und gewürdigt worden wäre. Dies gilt insbesondere auch für die nach gutachterlicher Einschätzung nicht (mehr) zu diagnostizierende posttraumatische Belastungsstörung, wobei auf die zuvor zitierten gutachterlichen Ausführungen (E. II. 7.2) verwiesen werden kann. In diesem Zusammenhang verfangen auch die vom Beschwerdeführer vorgebrachten Rügen, dass er durch die jahrelange Psychotherapie gelernt habe, über das Erlebte zu sprechen ohne seine ganze Gefühlswelt preiszugeben, und dass der Gutachter die einzelnen Symptome der posttraumatischen Belastungsstörung hätte erfragen müssen, nicht. Im Gutachten wird festgehalten, dass der Beschwerdeführer im Untersuchungsgespräch eingehend über seine lebensgeschichtlichen Belastungen, insbesondere den Missbrauch in Kindheit und Jugend, gesprochen habe. Dementsprechend wurde der Missbrauch thematisiert und gutachterlich berücksichtigt. Es ist nicht ersichtlich, inwiefern der Experte durch das Vorschlagen von Aussagen weitere Symptome hätte erforschen sollen. Vielmehr sollen die gutachterlichen Fragen so gestellt sein, dass der Untersuchte die relevanten Umstände von sich aus erzählt. Zusammenfassend handelt es sich bei den Ausführungen im Rahmen der Stellungnahme um eine andere

Beurteilung des medizinisch gleichen Sachverhalts, wobei daran zu erinnern ist, dass behandelnde Ärzte aufgrund des Vertrauensverhältnisses im Zweifel eher zugunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen. Jedenfalls vermag die Stellungnahme die Beweiskraft der gutachterlichen Beurteilung nicht umzustossen.

7.6 Sodann lässt der Beschwerdeführer im Beschwerdeverfahren verschiedene Berichte einreichen, wobei zu prüfen ist, ob diese Zweifel an den gutachterlichen Einschätzungen aufkommen lassen.

7.6.1 Mit Beschwerdeergänzung hat der Beschwerdeführer einen Bericht des Diplompsychologen N.____ vom 7. Februar 2012 (Beilage 1) einreichen lassen. Darin wird eine posttraumatische Belastungsstörung diagnostiziert, die sich mit Symptomen wie Wiedererleben von Szenen des sexuellen Missbrauchs in Träumen im Sinne von Flashbacks, Schlafstörungen, zunehmender Müdigkeit und Konzentrationsstörungen, starker emotionaler Belastung bei Hinweisen/Erinnerungen hinsichtlich der Missbrauchereignisse sowie emotionaler Abstumpfung gegenüber nahen Personen zeige. Im Persönlichkeitsfragebogen zeige der Beschwerdeführer ein auffälliges Persönlichkeitsprofil mit starker Introvertiertheit und emotionaler Labilität sowie geringer Lebenszufriedenheit, starker Gehemmtheit, starker Erregbarkeit, innerer Anspannung und körperlicher Beschwerden. Dies seien typische Folgen multipler Traumatisierungen. Der Bericht datiert sechs Jahre vor der Begutachtung und äussert sich über Symptome, die in der klinischen Untersuchung zum Begutachtungszeitpunkt nicht (mehr) vorhanden waren. Insofern lässt dieser Bericht nicht an der gutachterlichen Einschätzung zweifeln bzw. ist es nicht zwingend so, dass eine damals allenfalls vorliegende posttraumatische Belastungsstörung nach mehrjähriger Therapie noch immer vorhanden sein müsste.

7.6.2 Beim Verlaufsbericht von Dr. med. E.____, Facharzt FMH für Innere Medizin, vom 27. Februar 2020 (Beilage 4), handelt es sich offenbar um einen Auszug aus der Krankengeschichte des Beschwerdeführers, beginnend am 10. Juni 2014 und endend am 11. April 2017. Darin werden die schwierige Familiengeschichte (gewaltausübender Vater, psychisch instabile Mutter) ebenso erwähnt wie der Missbrauch im Alter von 11 bis 16 Jahren. Im weiteren Verlauf lässt sich den Einträgen entnehmen, dass Dr. med. E.____, der über keinen Facharztstitel als Psychiater verfügt, mit dem psychotherapeutischen Modell der Ego-State-Therapie mit dem Beschwerdeführer arbeitete (vgl. S. 8 f. unten). Auch diese älteren Einträge vermögen die zum Begutachtungszeitpunkt aufgrund der klinischen Untersuchung getroffene Beurteilung, es liege keine posttraumatische Belastungsstörung (mehr) vor, nicht in Zweifel zu ziehen. Vielmehr lässt sich dem Verlaufsbericht auch entnehmen, dass Dr. med. E.____ im September 2015 trotz der damals offenbar vorhandenen Symptomatik der Ansicht war, der Beschwerdeführer könne einen Wiederholungskurs der Armee absolvieren (vgl. S. 15 f. unten). Anschliessend lässt sich dem Verlaufsbericht nichts mehr zu einer Behandlung in psychischer Hinsicht entnehmen, bis im Januar 2017 ein Wiedereinstieg in die Traumatherapie erfolgen sollte, was allerdings nicht zustande gekommen zu sein scheint (vgl. S. 16 f.). Auch dieser Bericht erweckt zusammenfassend keine Zweifel an der schlüssigen gutachterlichen Einschätzung.

7.6.3 Zu den übrigen, ebenfalls im Beschwerdeverfahren eingereichten älteren Berichte (vgl. E. I. 7. hiervor) ist festzuhalten, dass diese jeweils kurzzeitig auftretende, somatische Probleme betreffen, die ■ wie die Beschwerdegegnerin zu Recht festhält ■ keine Relevanz für die Beurteilung des Leistungsanspruchs besitzen. Insbesondere werden verschiedene Berichte des Spitals H.____ vorgelegt. Derjenige vom 13. Januar 2006 (Beilage 1) äussert

sich über eine Vorstellung im Notfall wegen eines starken Hustenreizes bei Status nach Aluminiumstaub-Inhalation bei der Arbeit. Die Untersuchungen zeigten einen unauffälligen Befund. In den Berichten vom 24. und 26. November 2015 (Beilagen 2 und 3) geht es um eine mydriatische Lichtstarre der rechten Pupille nach Vorstellung im Spital, nachdem dem Beschwerdeführer zwei Tage zuvor beim Spazieren ein Ast oder Stein auf den Kopf gefallen sei. Auch hier sei ein durchgeführtes CT mit unauffälligem Befund gewesen. Einem Aufgebot für ein MRI kam der Beschwerdeführer nicht nach. Vom 7. bis 16. November 2016 war der Beschwerdeführer gemäss Bericht vom 24. November 2016 (Beilage 4) hospitalisiert, nachdem er wegen einer Mischintoxiaktion notfallmässig zugewiesen werden musste. Dieser Vorfall war den Gutachtern bekannt (vgl. Gutachten S. 15). Über den erlebten sexuellen Missbrauch wird festgehalten, gemäss Angaben des Vaters des Beschwerdeführers stehe ein solcher im Raum. Es sei ein psychiatrisches Konsilium durchgeführt worden. Dabei habe sich eine posttraumatische Belastungsstörung gezeigt. Befunde enthält der Bericht dazu keine. In den Berichten vom 26. und 29. April 2017 (Beilagen 5 und 6) geht es um eine Selbstvorstellung wegen progredienten Schmerzen im Nackenbereich, wo ein Abszess festgestellt wurde. Dadurch ergaben sich keine weiterführenden Schwierigkeiten, die Nackenschmerzen waren den Gutachtern bekannt und sie wurden berücksichtigt. Beilage 7 (Bericht vom 14. September 2017) äussert sich über einen Verdacht auf einen Infekt des lateralen Nagelbetts am rechten Fuss und im Austrittsbericht vom 7. Januar 2019 (Beilage 8) geht es um eine notfallmässige Zuweisung wegen einer Sepsis bei Pneumonie beidseits mit Organdysfunktion. Durch Behandlung auf der Intensivstation zeigte sich eine Besserung des Zustandes. Ein Bericht des Spitals C.____ vom 3. November 2013 äussert sich über immobilisierende Hüftschmerzen rechts und einen Status nach akutem Lumbago, somit über ebenfalls bekannte und im Gutachten berücksichtigte Diagnosen. Der Beschwerdeführer wünschte damals keine stationäre Aufnahme. Weitere Berichte des Spitals C.____ (Beilagen 10 bis 12) handeln von einem Schweissdrüsenabszess und einer Epididymitis links, wobei nicht ersichtlich ist, inwiefern diese Diagnosen noch einen relevanten Einfluss auf den Gesundheitszustand haben sollten. Im Bericht des Spitals C.____ vom 17. Juni 2014 (Beilage 13) geht es um den vom Beschwerdeführer erlittenen Verkehrsunfall. Auch dieser war den Gutachtern bekannt. Diagnostiziert wurde damals eine HWS-Distorsion, es zeigten sich eine schmerzbedingt deutlich eingeschränkte Beweglichkeit der HWS und ein Druckschmerz HWK 1-3 bei ansonsten unauffälligem Befund. Es wurde eine vollständige Arbeitsunfähigkeit von vier Tagen festgelegt. Auch dieser Bericht enthält keine Tatsachen, die die gutachterliche Beurteilung hinsichtlich der Nackenbeschwerden umzustossen vermöchten. In den Berichten gemäss Beilagen 14 und 15 geht es schliesslich wieder um behandelte Abszesse. Insgesamt lässt sich auch diesen Berichten nichts entnehmen, was die Beweiskraft des Administrativgutachtens schmälern würde.

7.7 Nach dem Gesagten erweist sich die von der Beschwerdegegnerin eingeholte Expertise als beweiskräftig und es ist auf die darin enthaltene, nachvollziehbare Einschätzung der Arbeitsfähigkeit abzustellen. Demgemäss besteht aus orthopädischer Sicht für körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeiten eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit. Das wiederholte Heben und Tragen von Lasten über 10 kg sollte ebenso wie die Einnahme von Zwangshaltungen sowie von gebückten und kauern Positionen vermieden werden. In der angestammten Tätigkeit kann der Beschwerdeführer sieben bis acht Stunden täglich arbeiten. Aufgrund der durch die Depression bedingten erhöhten Ermüdbarkeit besteht jedoch ein leicht eingeschränktes

Rendement. Die Arbeitsfähigkeit beträgt deshalb ■ bezogen auf ein 100%-Pensum ■ 80 %. Auch retrospektiv wird im Verlauf keine höhergradige Arbeitsunfähigkeit bestätigt. Alle den Fähigkeiten entsprechenden und somatisch angepassten Tätigkeiten sind zumutbar (IV-Nr. 21.1 S. 6 ff.). Für weitere medizinische Abklärungsmassnahmen besteht nach dem Gesagten kein Anlass.

E. 8

8.1 Der Beschwerdeführer lässt vorbringen, dass er seine Ausbildung aufgrund von bereits vorliegender Invalidität nicht habe abschliessen können. Das Valideneinkommen sei dementsprechend zu berechnen.

8.2 Konnte der Versicherte wegen seiner Invalidität keine zureichenden beruflichen Kenntnisse erwerben, so entspricht das Erwerbseinkommen, das er als Nichtinvalidler erzielen könnte, einem nach Alter abgestuften Prozentsatz des jährlich aktualisierten Medianwertes gemäss der Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik (Art. 26 Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201]). Als Erwerb von zureichenden beruflichen Kenntnissen gilt im Allgemeinen die abgeschlossene Berufsausbildung. Dazu gehören auch Anlehren, wenn sie auf einem besonderen, der Invalidität angepassten Bildungsweg ungefähr die gleichen Kenntnisse vermitteln wie eine eigentliche Lehre oder ordentliche Ausbildung und dem Versicherten in Bezug auf den späteren Verdienst praktisch die gleichen Möglichkeiten eröffnen wie Nichtbehinderten mit der gleichen (ordentlichen) Ausbildung (Urteile des Bundesgerichts 9C_611/2014 vom 19. Februar 2015 E. 3.2 und 9C_820/2012 vom 1. Mai 2013 E. 3.2.2). Als geburts- und frühinvalid gelten somit nicht nur Versicherte, welche infolge ihrer Invalidität überhaupt keine Berufsausbildung absolvieren können, sondern auch diejenigen Personen, welche zwar eine Berufsausbildung beginnen und allenfalls auch abschliessen, zu Beginn der Ausbildung jedoch bereits invalid sind und mit dieser Ausbildung nicht dieselben Verdienstmöglichkeiten realisieren können wie eine nichtbehinderte Person mit derselben Ausbildung (Ziff. 3035 des Kreisschreibens [des Bundesamtes für Sozialversicherungen] über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung [KSIH]; Urteil des Bundesgerichts 9C_611/2014 vom 19. Februar 2015 E. 3.2).

8.3 Beim Beschwerdeführer liegen keine Unterlagen über einen Gesundheitsschaden vor, der bereits in der Kindheit zu einer für die Invalidenversicherung relevanten Einschränkung geführt und ihn zum Bezug von verschiedenen Leistungen der Invalidenversicherung berechtigt hätte. Er hat von 2004 bis 2007 eine Ausbildung als Betriebspraktiker im Werkhof der Gemeinde [...] absolviert, jedoch die Lehrabschlussprüfung mit einer Gesamtnote von 3.9 nicht bestanden. Wiederholt hat er die Prüfung nicht, es habe ihm die Kraft dazu gefehlt. Danach arbeitete er im Geschäft des Vaters und an verschiedenen Security-Stellen, eine Zeit lang auch selbständig im Bereich Gartenunterhalt und Hauswartungen. Zuletzt war er auch als Stuntman tätig (vgl. IV-Nr. 2 S. 5, Gutachten [IV-Nr. 21.2 S. 3] und auch Verlaufsbericht von Dr. med. E. ___ vom 27. Februar 2020, S. 17 [Beilage 4]). Ab 2016 wurde dann eine Arbeitsunfähigkeit bescheinigt (vgl. IV-Nr. 4). Es ist demnach so, dass der Beschwerdeführer keine Berufsausbildung abgeschlossen hat. Dass dies aufgrund einer Frühinvalidität der Fall war, ist jedoch nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt. In den Akten lassen sich keine Hinweise dafür finden. Nachdem der Beschwerdeführer nach der nicht abgeschlossenen Lehre während fast 10 Jahren im Arbeitsleben stand, bestehen bei ihm die gleichen Verdienstmöglichkeiten wie bei einer nicht invaliden Person mit der gleichen, nicht

abgeschlossenen Ausbildung. Somit fällt die Anwendung von Art. 26 Abs. 1 IVV nicht in Betracht.

8.4 Der von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Einkommensvergleich wird ansonsten nicht bestritten und ist auch nicht zu beanstanden. So wurde für die Bemessung des Validen- und des Invalideneinkommens jeweils auf einen Tabellenwert der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) abgestellt, da der Beschwerdeführer über keinen Berufsabschluss verfügt und keine zumutbare Erwerbstätigkeit aufgenommen hat. Der jeweils herangezogene Tabellenlohn (LSE 2016, TA1_tirage_skill_level, Ziff. 94-96 [Erbringen von sonstigen Dienstleistungen], Niveau 1, Männer für das Valideneinkommen; LSE 2016, TA1_tirage_skill_level, Total, Niveau 1, Männer für das Invalideneinkommen) erweist sich mit Blick auf die vom Beschwerdeführer bisher durchgeführten Tätigkeiten und das nunmehr zumutbare Tätigkeitsprofil als korrekt. Ebenfalls wurden die Wochenstunden aufgerechnet und eine Anpassung an die Teuerung vorgenommen. Der so ermittelte Invaliditätsgrad liegt (deutlich) unter 40 %, womit die Beschwerdegegnerin einen Rentenanspruch zu Recht verneint hat (vgl. E. II. 3. hiervor).

9. Der Beschwerdeführer lässt auch berufliche Massnahmen beantragen. Die Beschwerdegegnerin hat den Anspruch auf solche ohne weitere Begründung ebenfalls verneint. Dem Administrativgutachten lässt sich dazu entnehmen, dass solche Massnahmen gutachterlich nur zu empfehlen seien, wenn sich der Beschwerdeführer wieder in eine suchtspezifische Behandlung begeben und in einem Substitutionsprogramm keinen Beikonsum habe (IV-Nr. 21.1 S. 8). Darauf ist abzustellen. Vor diesem Hintergrund besteht kein Anspruch auf berufliche Massnahmen, solange keine suchtspezifische Behandlung stattfindet. Es bleibt dem Beschwerdeführer jedoch unbenommen, nach Wiederaufnahme einer solchen um berufliche Massnahmen im Sinne einer Hilfe bei der Stellensuche nachzusuchen. Die Beschwerde ist somit abzuweisen.

E. 10

10.2 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. Ausgangsgemäss hat der Beschwerdeführer die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die jedoch infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Kanton Solothurn zu übernehmen sind (Art. 122 Abs. 1 lit. b ZPO). Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn der Beschwerdeführer zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

Demnach wird erkannt:

Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 Tageseit 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

Der Präsident

Der Gerichtsschreiber

Flückiger

Schmidhauser

Der vorliegende Entscheid wurde vom Bundesgericht mit Urteil 9C_186/2021 vom 22. Juni 2021 aufgehoben.

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