

SO_GERICHTE VSBES.2020.57 vom 12. Oktober 2020

SO Obergericht, 2020-10-12, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2020.57_d20201012

FR: SO_GERICHTE VSBES.2020.57 du 12 octobre 2020

IT: SO_GERICHTE VSBES.2020.57 del 12 ottobre 2020

Regeste

berufliche Massnahmen und Invalidenrente

Erwägungen

E. 1

1.1 Der 1993 geborene A.____, wohnhaft in [...] (nachfolgend Beschwerdeführer), wurde am 6. Juli 2004 unter Hinweis auf Verhaltensauffälligkeiten bei der IV-Stelle des Kantons Solothurn (nachfolgend Beschwerdegegnerin) zum Bezug von medizinischen Massnahmen sowie Beiträgen an die Sonderschulung angemeldet (IV-Stelle Beleg Nrn. [IV-Nrn.] 1, 4). Mit Verfügung vom 24. September 2004 (IV-Nr. 9) sprach die Beschwerdegegnerin erstmals die Kosten für Sonderschulmassnahmen vom 1. August 2004 bis 31. Juli 2006 gut. Diese wurden mit Verfügung vom 4. August 2006 (IV-Nr. 16) für den Zeitraum vom 1. August 2006 bis 31. Juli 2009 verlängert. Parallel zu den Sonderschulmassnahmen erfolgten Kostengutsprachen für ambulante Psychotherapie vom 10. Dezember 2004 bis 31. Juli 2008 (IV-Nrn. 12, 17, 19).

1.2 Mit Schreiben vom 11. Dezember 2008 (IV-Nr. 24) stellte das Zentrum B.____ für den Beschwerdeführer den Antrag auf berufliche Massnahmen. Daraufhin nahm die Beschwerdegegnerin verschiedene Abklärungen in erwerblicher Hinsicht vor. Nachdem der Beschwerdeführer erklärt hatte, keine beruflichen Massnahmen in Anspruch nehmen zu wollen (vgl. IV-Nr. 37), lehnte die Beschwerdegegnerin das Leistungsbegehren mit Verfügung vom 4. Oktober 2010 (IV-Nr. 39) ab. Am 19. Dezember 2011 (IV-Nr. 41) meldete sich der Beschwerdeführer erneut zum Bezug von beruflichen Massnahmen an. Daraufhin begann er eine Schnupperlehre in der Mechanik bei der Genossenschaft C.____. Nachdem der Beschwerdeführer die von der Beschwerdegegnerin im Rahmen eines Mahn- und Bedenkzeitverfahrens gesetzten Bedingungen nicht erfüllt hatte (vgl. IV-Nrn. 48 und 50), wurde das Leistungsbegehren mit Verfügung vom 13. Juli 2012 (IV-Nr. 52) abgewiesen.

1.3 Am 5. April 2017 meldete sich der Beschwerdeführer bei der Beschwerdegegnerin erneut zum Bezug von IV-Leistungen an (Berufliche Integration/Rente; IV-Nr. 57). Als gesundheitliche Beeinträchtigung wurden ADHS, narzisstische Persönlichkeitsstörung sowie Depressionen angegeben. Am 18. April 2017 führte die Beschwerdegegnerin mit dem Beschwerdeführer ein Intake-Gespräch durch (IV-Nr. 65). Nach Einholen des medizinischen Berichts von Dr. med. D.____, Facharzt FMH für Psychotherapie und Psychiatrie (IV-Nr. 67), und nach Rücksprache mit dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD; vgl. IV-Nr. 69) teilte die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer mit, zur Klärung der Leistungsansprüche sei eine medizinische Untersuchung (Fachdisziplin Psychiatrie) notwendig. Als Gutachter werde med. pract. E.____, Fachärztin FMH für

Psychiatrie und Psychotherapie, vorgeschlagen (IV-Nr. 70).

1.4 Med. pract. E. ___ reichte am 10. Januar 2018 ihr psychiatrisches Gutachten ein (IV-Nr. 75). Am 23. Februar 2016 (recte: 2018) nahm Dr. med. D. ___ zum psychiatrischen Gutachten Stellung (IV-Nr. 77). Zu dieser Stellungnahme äusserte sich med. pract. E. ___ mit Schreiben vom 26. März 2018 (IV-Nr. 80, S. 4 f.). Zudem nahm RAD-Arzt Dr. med. F. ___, Facharzt FMH für Allgemeine Medizin, am 30. Mai 2018 zur psychiatrischen Begutachtung Stellung (IV-Nr. 82).

1.5 Mit Schreiben vom 21. September 2018 (IV-Nr. 86) nahmen die für den Beschwerdeführer zuständigen G. ___ zum laufenden IV-Verfahren Stellung und empfahlen die Zusprache einer befristeten Rente, allenfalls mit Auflagen betreffend lebenspraktischer und therapeutischer Massnahmen. Das Schreiben der Sozialen Dienste wurde dem RAD unterbreitet, welcher sich mit Stellungnahme vom 12. Dezember 2018 (IV-Nr. 88) dazu äusserte.

E. 2

2.1 Die Beschwerdegegnerin legt in der angefochtenen Verfügung (IV-Nr. 99; A.S. 1 ff.) dar, es sei abgeklärt und festgestellt worden, dass der Beschwerdeführer seit dem 1. Februar 2014 (Beginn der einjährigen Wartezeit) bei der Ausübung jeglicher Tätigkeit in seiner Arbeitsfähigkeit vollumfänglich eingeschränkt sei. Er sei nicht in der Lage gewesen, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen und ein entsprechendes Einkommen zu erzielen. Um den Gesundheitszustand umfassend abzuklären, sei ein psychiatrisches Gutachten eingeholt worden. Es seien eine einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ADHS) sowie psychische- und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide (Abhängigkeitssyndrom, ständiger Substanzgebrauch) diagnostiziert worden. Im Vordergrund stehe die schwere Cannabisabhängigkeit. Welche psychischen Störungen sich nach einer längeren Cannabisabstinenz noch ergäben und herauskristallisieren würden, bleibe gemäss Gutachterin letztlich abzuwarten, da dieser Zustand bislang noch nie eingetreten sei. Durch eine geeignete und zumutbare medizinische und therapeutische Massnahme sei die Arbeitsfähigkeit verbesserbar. Mit Einschreiben vom 6. August 2019 sei eine Cannabisabstinenz und eine psychiatrische Behandlung gefordert worden. Da der Beschwerdeführer telefonisch mehrmals nicht erreichbar gewesen sei und somit nicht zur Laborkontrolle habe aufgefordert werden können, habe er die Auflage nicht erfüllt. Das Wartejahr sei per 1. Februar 2015 abgelaufen. Der Rentenanspruch entstehe jedoch frühestens sechs Monate nach Eingang der IV-Anmeldung. Diese sei am 6. April 2017 eingegangen. Die Leistungen würden somit ab 1. Oktober 2017 ausgerichtet. Komme die versicherte Person den Pflichten gemäss Art. 7 IVG nicht nach, könnten die Leistungen nach Art. 21 Abs. 4 ATSG gekürzt oder verweigert werden. Die IV-Rente werde somit per 31. August 2019 befristet.

In der Beschwerdeantwort (A.S. 32 ff.) wird ergänzend ausgeführt, die befristete Rentenzusprache sei aufgrund der Rechtsprechungsänderung von BGE 145 V 215 erfolgt. Das beim Beschwerdeführer einwandfrei diagnostizierte Abhängigkeitssyndrom sei als invalidenversicherungsrechtlich beachtlicher (psychischer) Gesundheitsschaden anerkannt. Des Weiteren dürfe eine Entzugsbehandlung als Behandlungsmassnahme ■ sofern im konkreten Fall zumutbar ■ jederzeit zur Schadensminderung angeordnet werden. Eine Verletzung von Schadensminderungspflichten berechtige die Verwaltung zur Kürzung oder Verweigerung von Leistungen. Dass eine Suchtmittelabstinenz erforderlich sei, um die

medizinische Situation abschliessend beurteilen zu können, sei unter der neuen Rechtsprechung nicht mehr zulässig. Dies tue vorliegend jedoch nichts zur Sache. Die Auflage vom 6. August 2019 ziele nämlich in erster Linie auf Massnahmen zur beruflichen Integration ab, welche nur bei einer Abstinenz zielorientiert und effizient durchführbar seien. Der RAD erachte eine Cannabisabstinenz in Begleitung einer psychiatrischen Therapie als zumutbar. Eine erneute Begutachtung unter Berücksichtigung der Rechtsprechung gemäss Urteil des Bundesgerichts 9C_309/2019 vom 7. November 2019 wäre wenig zielführend. Der Beschwerdeführer sei bereits in nicht abstinemem Zustand begutachtet worden. Das Gutachten vom 10. Januar 2018 werde vom RAD in seinen Stellungnahmen vom 30. Mai 2018 und vom 12. Dezember 2018 als nachvollziehbar eingestuft, was vom Beschwerdeführer nicht bestritten werde. Zusammenfassend könne gesagt werden, dass sowohl die Gutachterin als auch der RAD eine Cannabisabstinenz als zumutbar und dringend indiziert erachteten. Die Auflage vom 6. August 2019 sei daher zu Recht erfolgt. Da die Auflage nicht eingehalten worden sei bzw. der Beschwerdeführer gar nicht erst erreichbar gewesen sei und daher seine Schadensminderungspflicht eindeutig verletzt habe, habe die Rente gemäss Art. 7b Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 21 Abs. 4 ATSG befristet werden dürfen.

2.2 Der Beschwerdeführer lässt demgegenüber vorbringen, die angefochtene Verfügung verstosse gegen die neue Rechtsprechung des Bundesgerichts bei Abhängigkeitssyndromen und dem Umgang mit Entzugsbehandlungen. Mit BGE 145 V 215 habe das Bundesgericht festgehalten, dass einwandfrei diagnostizierte Abhängigkeitssyndrome wie das vorliegend zu beurteilende, grundsätzlich als invalidenversicherungsrechtlich beachtliche (psychische) Gesundheitsschäden zu behandeln seien. Ausserdem habe das Bundesgericht im Urteil 9C_309/2019 vom 7. November 2019 festgehalten, dass die Anordnung einer Entzugsbehandlung im Hinblick auf eine medizinische Begutachtung unter dem Titel der Mitwirkungspflicht im Abklärungsverfahren nicht länger statthaft sei. Der Versicherte habe daher nicht wie vorliegend mit Schreiben vom 6. August 2019 geschehen, gezwungen werden dürfen, sich einer Entzugsbehandlung zu unterziehen, um die Abklärung weiter voranzutreiben. Damit habe die Beschwerdegegnerin den Beschwerdeführer auch nicht in Anwendung von Art. 21 Abs. 4 ATSG resp. Art. 7b Abs. 1 IVG mit einer Befristung des Rentenanspruchs sanktionieren dürfen. Davon, dass in Prüfung der Standardindikatoren gemäss dem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 eine volle Arbeitsunfähigkeit resultiere, gehe die IV-Stelle gemäss angefochtener Verfügung selbst aus und dies dürfte auch offensichtlich sein, da die Gutachterin *expressis verbis* festgehalten habe, der Versicherte vermöge keine vernünftigen und lebensnahen Entscheidungen zu treffen. Daher und weil die Anordnung der Cannabisentzugsbehandlung nicht zulässig gewesen sei, sei dem Beschwerdeführer antragsgemäss eine unbefristete ganze Rente auszurichten.

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

E. 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).

5. Während die Ausrichtung einer ganzen Rente vom 1. Oktober 2017 bis 31. August 2019 unstrittig blieb, ist vorliegend strittig und zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin die Rentenleistungen zu Recht per 31. August 2019 befristet hat. In diesem Zusammenhang sind im Wesentlichen folgende medizinischen Unterlagen von Belang:

5.1 Im Bericht der Klinik H.____, vom 21. Juni 2004 (IV-Nr. 2) wurden folgende Diagnosen gestellt:

Im grossen Klassenverband fühle sich der Beschwerdeführer kaum angesprochen. Er lasse sich rasch und stark ablenken, so dass ein einigermaßen konzentriertes und ausdauerndes Arbeiten unmöglich sei. Ohne konsequente und klare Anleitung durch den Lehrer entziehe sich der Beschwerdeführer den gestellten Aufgaben und störe seine Mitschülerinnen und Mitschüler. Er zeige kein Gefühl für Grenzen, so dass disziplinarische Massnahmen kaum nützen würden. Gegenseitige Abmachungen zur Entspannung der Schulsituation und zur Förderung von Bedingungen für gute Lernsituationen könnten von ihm nicht eingehalten werden. Die schulischen Leistungen seien in den letzten Monaten deutlich schwächer geworden, dennoch wundere sich der Lehrer, dass der Beschwerdeführer mit seinem dermassen schwierigen Arbeitsverhalten, immer wieder wichtige Lerninhalte mitbekomme. Das Sozialverhalten des Beschwerdeführers sei ebenfalls sehr auffällig. So störe und provoziere er die anderen Kinder während des Unterrichts und in den Pausen. Er habe sich so zunehmend in eine Aussenseiterrolle manövriert. Zudem werde ihm von den anderen Kindern klar die Sündenbockrolle zugewiesen. Der Leidensdruck habe sich stetig vergrössert. Der Beschwerdeführer leide an einer Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung (ADHS). Im grossen Klassenverband sei er weder trag- noch förderbar. Die seit längerer Zeit andauernden negativen Schulerfahrungen hätten das Selbstvertrauen des Beschwerdeführers deutlich geschwächt und hätten ihn verunsichert. Er zeige in der Zwischenzeit Anzeichen einer depressiven Entwicklung mit gedrückter Stimmung und Schlafstörungen.

5.2 Mit Bericht vom 27. Juni 2005 (IV-Nr. 11) bestätigte die Klinik H.____ die im Bericht vom 21. Juni 2004 gestellten Diagnosen.

5.3 Im psychologischen Kurzgutachten der Schule I.____ vom 8. Dezember 2008 (IV-Nr. 25, S. 5 f.) wird ausgeführt, der Beschwerdeführer habe beim heilpädagogischen Unterricht

trotz medikamentöser Unterstützung grosse Mühe, sich zu konzentrieren. Er schweife immer noch schnell ab und könne sich oft nicht auf einen Lerninhalt einlassen. Für Planung und Organisation brauche er klare Hilfeleistungen und Zeitvorgaben. Getroffene Abmachung vergesse er schnell wieder. Er besitze wenig Eigenantrieb und Motivation. Seine Antriebsarmut in den verschiedensten schulischen Fächern sei nur schwer zu durchbrechen. Er arbeite äussert langsam, phasenweise sehr träge.

5.4 Im Arztbericht für Erwachsene vom 1. Juni 2017 (IV-Nr. 67) stellte Dr. med. D.____, Facharzt FMH für Psychotherapie und Psychiatrie, folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

Dr. med. D.____ attestiert dem Beschwerdeführer seit Behandlungsbeginn im Februar 2014 eine 100 % Arbeitsunfähigkeit in der freien Marktwirtschaft. Der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers sei stationär. Die Arbeitsfähigkeit könne aber durch medizinische Massnahmen verbessert werden. Es seien berufliche Massnahmen angezeigt. Der Beschwerdeführer verweigere bisher, über die Kindheit zu sprechen. Er habe die Hilfsschule besucht, sei schwererziehbar gewesen, habe ADHS und Probleme wegen Aggressionen gehabt. Während der Schulzeit sei eine Behandlung mit Ritalin erfolgt. Mit 12 Jahren habe er mit Cannabis begonnen. Seither bestehe eine Abhängigkeit. Der Vater sei abwesend gewesen, er sei mit der Mutter und der Grossmutter aufgewachsen. Nach der Schulzeit habe er keine Lehrstelle gefunden und sei seither auf dem Sozialamt. Das Angebot der IV einer Ausbildung im geschützten Rahmen mit Wohnmöglichkeit in [...] habe er nicht annehmen können, da er nicht so weit weg von seiner Mutter gehen wollen. Der Beschwerdeführer habe angegeben, dass er sich nicht von der Mutter und der Grossmutter trennen könne, weil er Angst habe, dass er Zeit mit ihnen verpasse und sie plötzlich weg seien. Auch habe er Angst, dass die Katzen stürben und wenn eine sterbe, dann sei er depressiv und könne nichts mehr machen. Anlässlich der Untersuchung sei der Beschwerdeführer wach und zu allen Qualitäten, ausser zu der Zeit orientiert. Die Auffassung scheine uneingeschränkt, die Konzentration subjektiv vermindert, im Gespräch unauffällig. Die Merkfähigkeit sei gut, das Gedächtnis ebenso. Im formalen Denken seien ein starker Redefluss und ein weitschweifiges Denken beobachtbar. Es bestünden Ängste, geliebte Menschen und Tiere zu verlieren und vor Beziehungsabbrüchen. Zwänge würden verneint. Die Stimmung sei schwankend, aktuell im Grundton eher gehoben. Der Antrieb sei auch stark wechselhaft, wie auch die Motivation und Freude. Es bestünden Einschlafschwierigkeiten und teilweise Tag / Nachtumkehr. Der Appetit sei vermindert, eine Gewichtszunahme gewünscht. Aufgrund der gesundheitlichen Störung bestehe eine Einschränkung der Institution durch die Nähe am Wohnort. Es gebe ein Stressempfinden am Arbeitsplatz, rasche Langeweile oder Überforderung. Fehlende zwischenmenschliche Kompetenzen, der Beschwerdeführer fühle sich dadurch rasch angegriffen, beobachtet und gestresst. Schlussendlich gehe er unangenehmen Situationen aus dem Weg, um aggressive Ausbrüche zu vermeiden oder auch um sich nicht mit Versagensängsten zu konfrontieren. Der Beschwerdeführer habe seit der Schulzeit nie gearbeitet, ausser Teilzeit und im geschützten Rahmen. Auch die Arbeitsversuche im Netzwerk [] seien bei einem 50%-Pensum abgebrochen worden, impulsiv durch den Patienten oder auch auf Seiten der Institution aufgrund Abwesenheit. Der Beschwerdeführer externalisiere stark, erlebe Kontrollverlust und beginne dann zu klagen, Drohen oder verlasse die Situation. Er habe eine mangelnde Emotionsregulation. Die Leistung und Konzentration werde bei ihm stark durch die Stimmung beeinflusst. Durch die auffällige Persönlichkeit würden rasch

Alltagssituationen als gefährlich eingeschätzt. Der Beschwerdeführer fühle sich rasch gestresst, überfordert, gereizt und angegriffen. Alles, was den Selbstwert angreifen könnte, werde als gefährlich interpretiert und vermieden. Nach Auffassung von Dr. med. D.____ könne die Arbeitsfähigkeit am bisherigen Arbeitsplatz bzw. im bisherigen Tätigkeitsbereich nicht verbessert werden. Auch seien ihm keine anderen Tätigkeiten zumutbar.

5.5 Med. pract. E.____, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, stelle in ihrem Gutachten vom 10. Januar 2018 (IV-Nr. 75) folgende Diagnosen:

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

Anlässlich der Exploration sei der Beschwerdeführer wach, örtlich, zur Person und situativ voll, zeitlich unscharf orientiert gewesen. Es bestehe keine Auffassungsstörung, Fragen hätten ungehindert aufgenommen und beantwortet werden können. Es bestehe keine Einschränkung von Aufmerksamkeit und Konzentration, der Beschwerdeführer könne dem Gesprächsverlauf problemlos folgen und sich aktiv daran beteiligen. Die Merkfähigkeit sei nicht beeinträchtigt, biographische Zusammenhänge könne er gut schildern, Daten könne er praktisch keine angeben. Die Stimmungslage sei ausgeglichen, die affektive Schwingungsfähigkeit voll erhalten. Es bestünden keine Ängste, Phobien, Zwänge von Krankheitswert. Die finanziellen Probleme, die durch den exzessiven Cannabiskonsum entstünden, gehörten nicht dazu. Das Verhalten sei in der Untersuchungssituation sozial und situativ adäquat. Es gebe keine Beeinträchtigungen von Antrieb und Psychomotorik, bezüglich der Arbeitstätigkeit sei der Beschwerdeführer unmotiviert. Der formale Gedankengang sei geordnet und kohärent. Es fielen keine inhaltlichen Denkstörungen wie Wahnerleben oder Störungen des Ich-Erlebens wie Depersonalisation oder Derealisation auf. Es gebe keine Wahrnehmungsstörungen wie Halluzinationen oder Illusionen. Des Weiteren bestünden keine Schlafstörungen und keine Schmerzsymptome. Weiter gebe es keine Hinweise auf Fremd- oder Selbstgefährdung. Das Intelligenzniveau werde als durchschnittlich eingeschätzt ohne Hinweise auf Minderbegabung. Es bestehe eine Abhängigkeit von Cannabis. Anlässlich der Exploration habe der Beschwerdeführer angegeben, sein Gedächtnis sei gut, er könne sich auch gut konzentrieren und an etwas dranbleiben. Seit fünf bis sieben Jahren müsse er immer wieder erbrechen. Er esse jetzt auch genug und habe Geld übriggehabt, sich etwas zu essen zu kaufen. Er habe jetzt seit drei bis vier Monaten an Gewicht zugenommen und wiege 68 kg. Wenn er etwas an sich ändern könne, so sei es, nicht mehr so schnell auszurasen. Nachher tue ihm leid, was er angerichtet habe. Er müsse deshalb ■rauchen". Bei ihm sei die Zündschnur kürzer als bei anderen. Er befinde sich in einer traurigen Stimmung, wenn eine seiner Katzen sterbe, und wegen der Geldprobleme. Wenn er am Anfang des Monats wieder Geld bekomme, gehe es ihm gut, bis alles bezahlt sei. Dann müsse er wieder Schulden machen und es gehe ihm schlecht. Der Beschwerdeführer empfinde sich nicht als krank. Seine Eltern hätten sich bereits getrennt, als seine Mutter mit ihm schwanger gewesen sei, sie hätten sich jedoch anschliessend beide um ihn gekümmert. Mit dem Vater, der in der Nähe von [] lebe, sei ■alles super". Er führe einen Orient- und Geschenkshop in [...]. Seine Grossmutter sei ihm näher als die Mutter. Sie sei seine zweite Stütze, wie ein Stern, der ihn weitertreibe. Mit dem Vater habe er vor vier bis fünf Jahren zuletzt Kontakt gehabt, damals zweimal im Monat. Er lebe mit der Mutter (51 J.) und der Grossmutter, die bereits über 70 Jahre alt sei, zusammen. Vom Sozialamt erhalte er CHF 600.00, er benötige jedoch CHF 800.00 - 900.00 pro Monat für Cannabis. Wenn das Geld nicht reiche, kaufe er nur kleinere Mengen für je

CHF 50.00, die er sich von Kollegen ausleihe, er müsse dafür Schulden machen. Vor 12 Jahren habe er seinen ersten Joint geraucht, mit 13 / 14 Jahren regelmässig täglich Cannabis. Seit 3 - 4 Jahren rauche er Wasserpfeife (mit Cannabis 100 - 120 Gramm / Monat, 4 Gramm reichten für 1 - 2 Tage), Joints rauche er nur mit Kollegen. Er würde gerne aufhören, die Wasserpfeife zu rauchen, jedoch möchte er nicht wegkommen vom Cannabis. Er werde aktiv davon, habe mehr Selbstvertrauen, mehr Antrieb und empfinde mehr Glück. Es sei wie eine Medizin, der einzige Nachteil sei die finanzielle Situation. Er wolle lieber kiffen, als jemals etwas Anderes zu machen in seinem Leben.

5.6 Dr. med. D.____ hielt in seiner Stellungnahme vom 23. Februar 2016 (recte: 2018; IV-Nr. 77) fest, der Beschwerdeführer stehe seit Februar 2014 bei ihm in Behandlung. In allen Sitzungen zeigten sich die berichteten einstellungs- und verhaltensbezogenen Störungen, die klar einer schweren Persönlichkeitsstörung zuzuordnen seien. Die von der Gutachterin gestellte Verdachtsdiagnose "amotivationales Syndrom" sei aufgrund der klinischen Erfahrung mit dem Beschwerdeführer nicht ganz nachvollziehbar, wenngleich vordergründig plausibel. Die Problematik liege vielmehr im Bereich unreifer und narzisstischer Persönlichkeitskomponenten. Dass es sich beim ganzen Problemkomplex kaum um ein (einfaches) amotivationales Syndrom handle, lasse sich auch daran erkennen, dass der Beschwerdeführer leidenschaftlich gerne spiele (gamen). In diesem Rahmen knüpfte er problemlos Kontakte, telefoniere mit neuen Bekanntschaften und sei sehr interessiert, neue Menschen kennen zu lernen. Aufgrund seines fragilen Selbstwertgefühls könne er in anderen Bereichen als dem Spiel nicht adäquat auf Menschen zugehen, da er sich dort als Versager wisse. Nur im Spiel habe er eine Kompetenz entwickeln können, wodurch sich seine Persönlichkeit um narzisstische Inhalte herum gefestigt habe, gleichzeitig jedoch infantil geblieben sei. Diagnostisch sei zu bemerken, dass bei bestehender ADHS, auch wenn die Patienten nicht kiffen, eine erhöhte Persönlichkeitskomorbidität bekannt sei. Aufgrund der geschilderten Umstände sei der Beschwerdeführer nicht gewillt, ein Behandlungsangebot anzunehmen, das ihn dazu anhalte, aus seinem "Nest" auszusteigen. Die einzig sichere Umgebung, wo er geliebt werde und sich nicht als Versager fühle, sei sein Zuhause. Das sei psychopathologisch gut nachvollziehbar. Hier therapeutisch entgegenzuhalten, sei in Wahrheit eine Mammutaufgabe. Zudem gelte es jene einzige Welt zu zerstören, in welcher der Beschwerdeführer "jemand" (aus eigener Kraft geworden) sei, seine Binnenwelt. Allein schon diese Aufgabenstellung zeige auf, von welcher Art die hier vorliegende Pathologie sei, und dass es sich nicht um ein amotivationales Syndrom handle, wie es als Folge übermässigen Cannabiskonsums auftreten könne. Was zusätzlich für eine Persönlichkeitsstörung spreche, sei die gestörte Emotionsregulation des Beschwerdeführers. Auch die Gutachterin habe bemerkt, dass der Beschwerdeführer vehement reagiert habe, als sie mit ihm über Cannabisabstinenz gesprochen habe. Es zeige sich auch in den therapeutischen Sitzungen, dass er Mühe habe, wenn er mit unangenehmen Themen konfrontiert werde. Wenn es ihm zu viel werde, dann drohe er, provoziere oder laufe davon, obwohl er ansonsten (nicht erregt) sehr gute Manieren zeige. Der Beschwerdeführer wisse sehr genau, welche Pfeiler bei ihm eingerissen werden dürften und welche nicht. Insgesamt erfülle er 5 von 8 Items der narzisstischen Persönlichkeitsstörung. Ein weiteres werde teilweise erfüllt (es konnte kein Beispiel genannt werden). Emotional-instabile Anteile und Impulsivität gehörten ins klinische Bild des Patienten, würden von Dr. med. D.____ jedoch als Teil der (unbehandelten) ADHS interpretiert. Es gebe zwar Hinweise auf

Motivationsprobleme, sie hingen jedoch stets zusammen mit der tiefgreifenden Versagensangst des Patienten. Es handle sich nicht um eine Motivationsproblematik im eigentlichen Sinn, sondern um das phänomenologische Korrelat einer konsequenten Vermeidungsstrategie zum Schutz des durch die Realität gefährdeten Selbst, sobald die Binnenweltlichkeit verlassen werden müsste und die Konfrontation mit realen Anforderungen in realen Beziehungen drohe. Der THC-Konsum sei nicht ursächlich, sondern eher therapeutisch in dem Sinne, als er das Realitätsdefizit, das der Beschwerdeführer unbewusst tiefgreifend sehr wohl wahrnehme, über den positiven Effekt von THC auf das Belohnungssystem und die Gesamtbefindlichkeit so stark relativiere, dass es für ihn gerade noch zu ertragen sei. In Anbetracht der geschilderten Psychopathologie werde vorliegend ein für alle zumutbaren Tätigkeiten zu 100 % arbeitsunfähiger Patient erkannt. Er sei nicht in der Lage, eine stabile, wirklichkeitsorientierte und auf Leistung basierte Beziehung einzugehen, bei der seine narzisstischen Modellvorstellungen nicht ausgelebt werden können und wo er sich als jener, als den er sich selbst sehe, gar nicht einbringen dürfe, um nicht aufzufallen oder eliminiert zu werden. Nach Auffassung des behandelnden Psychiaters handle es sich hierbei um eine narzisstisch-unreife Persönlichkeitsstörung, in Kombination mit einem schweren ADHS mit Störung des Sozialverhaltens, die beide durch die rein weiblichfürsorgliche Erziehungsumgebung zusätzlich affirmiert worden seien, einhergehend mit fehlender Aktivierung und einer Unfähigkeit der Erziehenden, Grenzen zu setzen. Dies führte gemäss Dr. med. D. ___ zu massiven Schwierigkeiten im Schulalter und resultierte in einer fehlenden beruflichen Entwicklung. Das Kiffen werde als dysfunktionale Selbstmedikation im Rahmen der Vermeidungsstrategie, ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gesehen. Der behandelnde Psychiater unterstütze zwar die Haltung von med. pract. E. ___, wonach sich der Beschwerdeführer aus seinem Umfeld befreien müsste, um nachzureifen und auf den Cannabiskonsum verzichten zu können. Eine theoretische Möglichkeit dazu wäre, die Mutter und die sozialen Dienste davon zu überzeugen, dass sie den Patienten dazu zwingen (Sozialamt streicht Geld, Mutter wirft ihn aus der Wohnung). Doch sei dies undurchführbar und auch kontraproduktiv. Ein Suizid / Suizidversuch wäre dann nicht unwahrscheinlich und hätte mehr als nur manipulativen Charakter. Der Beschwerdeführer wäre massiv überfordert, weil ihm alles genommen würde, was für ihn Sicherheit, Liebe und Bindung bedeute, zudem verlöre er die einzige von ihm selbst entwickelte Kompetenz. Eine auf drei Jahre befristete IV-Rente mit Auflagen wäre ein weit geeigneterer Ansatz, den schrittweisen Aufbau von Ressourcen im Umgang mit der Wirklichkeit therapeutisch und lebenspraktisch umzusetzen. Es müsste gemeinsam eine Lösung erarbeitet werden, worin der Bewältigungsgrad an den Beschwerdeführer angepasst sein müsste und der Fortschritt für den Patienten selbst messbar werde, ohne dass er dabei sein Gesicht verliere. Denn von seinen Grössenphantasien werde er aufgrund der Persönlichkeitsproblematik nicht abrücken können, er werde sie aber transformieren können oder wollen, wenn ihm dazu wohlwollend Hand geboten werde. Eine entsprechende Therapie sei langwierig und erfordere viel Lebenserfahrung. Im Prinzip gehe es um eine Nacherziehung.

5.7 Zu den Ausführungen von Dr. med. D. ___ nahm med. pract. E. ___ mit Schreiben vom 26. März 2018 (IV-Nr. 80) Stellung. Die Gutachterin führte darin aus, die von Dr. med. D. ___ nun angegebenen psychodynamischen Zusammenhänge seien allesamt im Gutachten in ähnlicher Form ausführlich und umfassend, insbesondere bei der Fragenbeantwortung beschrieben. Diskrepanz sei das Festhalten an der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung (unreif und narzisstisch). Im Rahmen der Begutachtung habe das

Vorhandensein einer Persönlichkeitsstörung nicht nachgewiesen werden können, u.a. seien zwei unabhängige psychodiagnostische Verfahren (SKID-II und ADP) angewandt worden, aus denen heraus sich keinerlei Anhaltspunkte, auch nur für eine Persönlichkeitsakzentuierung ergeben hätten. Völlig diskrepant zu Dr. med. D.____ sei das Ergebnis der SKID-II-Untersuchung (im Rahmen der Begutachtung "0 Items" bei der narzisstischen Persönlichkeitsstörung). Schliesslich müsse darauf hingewiesen werden, dass eventuell zusätzlich vorhandene psychische Störungen erst nach einer mindestens sechsmonatigen vollständigen Cannabisabstinenz beobachtet werden könnten. Unter den Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sei sehr wohl eine "Psychische und Verhaltensstörung" als Folgeerkrankung des langjährigen intensiven Cannabiskonsums aufgeführt und in Betracht gezogen worden. Gesamthaft werde am Inhalt des Gutachtens und an den dort gemachten Vorschlägen festgehalten (insbesondere Umzug in eine WG zum Zwecke der Nachreifung, Erwerb von sozialen Kompetenzen und Grundarbeitsfähigkeiten). Der Vorschlag von Dr. med. D.____, dem Versicherten für eine solche Massnahme unter der Voraussetzung entsprechender Auflagen für eine begrenzte Zeit eine Rente zuzusprechen, könne nachvollzogen werden.

5.8 Mit Stellungnahme vom 30. Mai 2018 (IV-Nr. 82) hielt RAD-Arzt Dr. med. F.____, Facharzt FMH für Allgemeine Medizin, fest, das Gutachten sei nachvollziehbar; es bestünden psychische Störungen, die wegen dem Cannabiskonsum "überdeckt" würden. Die Mini-ICF Befragung gebe Hinweise über residuale Einschränkungen im Kontext des ADHS. Es bestehe keine depressive Symptomatik, der Cannabis-Abusus werde vom Versicherten als "therapeutische Massnahme" eingesetzt, es bestehe aber keine Einsicht bezüglich der Nachteile dieses Konsums (amotivationales Syndrom, ggf. Essstörungen, Vernachlässigung der körperlichen Leistungsfähigkeit). Es sei auch zu erwähnen, dass der Cannabis-Konsum eine Sicherung von gesunden Essgewohnheiten und eine Pflege der körperlichen Leistungsfähigkeit verhindere. Der Beschwerdeführer habe nicht alle therapeutischen Optionen wahrgenommen. Im gegenwärtigen Stand sei er arbeitsunfähig. Medizinisch-theoretisch sei die Arbeitsfähigkeit durch medizinische und andere therapeutische Massnahmen verbesserbar. Der Versicherte sei als arbeitsunfähig ab 2014 ausgewiesen worden. Gegenwärtig sei er nicht arbeitsfähig; medizinisch-theoretisch sei der Versicherte nach den erforderlichen Massnahmen als arbeitsfähig anzusehen. Im gegenwärtigen Stand sei es nicht möglich, abschliessend über den Grad einer zumutbaren Arbeitsfähigkeit Stellung zu nehmen, solange die empfohlenen Massnahmen nicht durchgeführt worden seien.

5.9 In seiner Stellungnahme vom 12. Dezember 2018 (IV-Nr. 88) führte Dr. med. F.____ aus, das psychiatrische Gutachten sei nachvollziehbar. Die psychiatrische Abklärung sei eingehend gewesen und in völliger Kenntnis der Vor-Akten verfasst worden und berücksichtige auch die verschiedenen Aspekte der Persönlichkeit des Versicherten. Es werde schlussgefolgert, dass eine psychiatrische Störung beim Beschwerdeführer bestehe, dessen Auswirkung aber nicht eindeutig gefasst werden könne, wegen den Verhaltensstörungen, die durch den Cannabis-Konsum verursacht würden. Wegen den durch den Cannabis verursachten Verhaltensstörungen sei es grundsätzlich nicht möglich, die medizinische Lage abschliessend zu beurteilen, d.h., dass auf der Basis eines unbewiesenen Gesundheitsschadens keine Leistungen für berufliche Massnahmen oder eine Rente empfohlen werden könnten. Ein MBZV bezüglich eines Cannabis-Entzug unter psychiatrischer Begleitung werde empfohlen, sowie eine monatliche Beweisführung, dass

der Versicherte die Vorschriften berücksichtige. Der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit könnten durch einen Cannabis-Entzug unter psychiatrischer Behandlung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit verbessert werden. Eine Auflage bezüglich einer Unterbringung in einer therapeutischen Wohngemeinschaft, obwohl dies natürlich Sinn für eine Wiedereingliederung machen würde, werde als nicht indiziert gehalten.

5.10 Dr. med. F.____ führte in seiner Stellungnahme vom 1. April 2019 (IV-Nr. 93) an, es sei ausdrücklich zu beachten, dass der chronische Cannabiskonsum ein amotivationales Syndrom erzeuge. Ohne Cannabis-Entzug sei es nicht möglich, den Grad der psychiatrisch bedingten Einschränkungen genau zu bestimmen. Weil der Versicherte seine eigenen Vorstellungen bezüglich Gesundheit und Krankheit pflege, fehle ihm eine Einsicht diesbezüglich. Dies sei als IV-fremder Faktor einzustufen.

6. Da sich die Beschwerdegegnerin in ihrem Entscheid im Wesentlichen auf das psychiatrische Gutachten von med. pract. E.____ vom 10. Januar 2018 stützt, ist vorweg dessen Beweiswert zu prüfen:

6.1 Das von der Beschwerdegegnerin veranlasste psychiatrische Gutachten von med. pract. E.____ vom 10. Januar 2018 erfüllt grundsätzlich die Beweisanforderungen, welche die Rechtsprechung an ein Gutachten stellt. Die Ausführungen der Gutachterin basieren auf vollständigen Vorakten (vgl. IV-Nr. 75, S. 2 ff.) und den persönlichen Untersuchungen, die am 1. November 2017 stattgefunden haben. Es besteht zudem eine ausreichende Dokumentation der Anamnese (IV-Nr. 75, S. 9 ff.). Die vom Beschwerdeführer angegebenen Beschwerden wurden durch die Gutachterin berücksichtigt und in ihre Beurteilung einbezogen. Das Gutachten konnte sich somit auf vollständige Grundlagen stützen. Die Gutachterin gibt jeweils die fachspezifische Anamnese, die Angaben des Beschwerdeführers und die erhobenen Befunde wieder. Von der Gutachterin wurden ausserdem mehrere Zusatzuntersuchungen vorgenommen (Mini-ICF-APP; SKID-II-Fragebogen; ADP-IV-Fragebogen; ADHS-Screening-Fragebogen; IV-Nr. 75, S. 13 f.).

Inhaltlich setzt sich die Gutachterin nachvollziehbar mit den erhobenen Diagnosen und deren Behandlungsmöglichkeiten auseinander. Dabei geht sie insbesondere auch auf die Cannabisabhängigkeit und deren Auswirkungen auf den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers ein. Med. pract. E.____ führt aus, für eine "depressive Störung" ergäben sich keine Anhaltspunkte. Eine kurzzeitig auftretende traurige Verstimmung habe der Beschwerdeführer im Zusammenhang mit den durch den Cannabiskauf hervorgerufenen Schulden, die er jeweils zu Anfang des Monats begleichen könne, wenn das Sozialamt ihm wieder Geld bezahlt habe. In diesem Moment gehe es ihm kurzzeitig gut. Er lehne es ab, Medikamente einzunehmen. Während der Zeit in der Sonderschule sei er mit Ritalin behandelt worden (zwischen 2004 und 2010), dessen Wirkung habe er offensichtlich später durch den Konsum von Cannabis ersetzt. Seit dem 12. Lebensjahr konsumiere der Beschwerdeführer regelmässig Cannabis, aktuell brauche er bis zu 120 g pro Monat. Aufgrund der langjährigen bestehenden Cannabisabhängigkeit sei es offensichtlich zu einer chronischen Persönlichkeitsveränderung (ICD-10 F 12.71) gekommen, die sich nach länger andauerndem, regelmässigem Konsum entwickelte und mit einem "amotivationalen Syndrom" einhergehe. Es komme zur Einengung von Interessen, fehlender Motivation für soziale und leistungsbezogene Aktivitäten, Passivität bis hin zur Lethargie, und Affektverflachung.

Weiter befasst sich die Gutachterin eingehend mit den weiteren Erkrankungen, die beim Beschwerdeführer bestehen: So sei beim Beschwerdeführer bereits in der Kindheit ein ADHS mit den typischen, im ICD-10 beschriebenen Symptomen (F 90.0) diagnostiziert worden. Dieses könne sich als chronische Erkrankung bis ins Erwachsenenleben hinein fortsetzen, mit den zusätzlichen Phänomenen Desorganisation und emotionale Dysregulation, was beim Exploranden der Fall sei. Mittels eines Kurzscreenings im Rahmen der jetzigen Begutachtung habe die wesentliche Symptomatik bestätigt werden können. Die Psychopathologie habe in der Kindheit die Hauptsymptome Unaufmerksamkeit, Impulsivität und Hyperaktivität umfasst, der Explorand habe unter fehlender Ausdauer, Problemen mit der Sorgfalt und dem Zuhören gelitten, er habe Aufgaben mit langer Aufmerksamkeitsbelastung vermieden, sei leicht ablenkbar gewesen, habe andere in ihrer Beschäftigung gestört und habe sich immer in Bewegung befunden, er sei unruhig und zappelig gewesen. Die Diagnose ■"Störung des Sozialverhaltens (ICD-10 F 91)" sei eine Diagnose, die nach dem 18. Lebensjahr nicht mehr gestellt werden sollte. Bei erheblichen Verhaltensauffälligkeiten und sozialen Adaptationsproblemen müsste das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung überprüft werden. Im Rahmen der jetzigen Begutachtung ergäben sich keine Hinweise auf das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung, allein schon im Rahmen zweier Screenings ergäben sich keine Hinweise darauf, insbesondere nicht auf eine emotional-instabile oder narzisstische Störung. Insofern könne die von Dr. med. D. ___ gestellte Diagnose einer kombinierten Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F 61.0) nicht nachvollzogen werden. Die von Geburt an instabilen Lebensverhältnisse mit Aufwachsen ohne Vater, ohne männliches Vorbild (er sei nur von Frauen erzogen worden, von Mutter und Grossmutter), hätten zur Ausgestaltung des ADHS im Sinne eines Risikofaktors beigetragen. Eine Behandlung im Erwachsenenalter sei nur dann notwendig, wenn relevante funktionelle Einschränkungen bestünden, so wie dies beim Exploranden der Fall sei. Allein aus der Diagnose leite sich noch keine Behandlungsnotwendigkeit ab. Zunächst sollten komorbide Störungen, in diesem Falle eine schwere Cannabisabhängigkeit, behandelt werden.

Aufgrund des bestehenden jahrelangen Abhängigkeitssyndroms ist es nachvollziehbar, dass die Gutachterin eine Cannabisabstinenz als Grundvoraussetzung für weiterführende Therapiemassnahmen betrachtet. Sie führt dazu aus, es sei letztlich abzuwarten, welche psychischen Störungen sich nach einer längeren Cannabisabstinenz noch ergäben und herauskristallisierten, da dieser Zustand bislang noch nie eingetreten sei. Nach mehrwöchiger Abstinenz sei meist mit einer Besserung zu rechnen. Die Abstinenz sollte mit Urinscreenings überprüft werden. Eine spezifische Pharmakotherapie gebe es nicht, das ■"amotivationale Syndrom" könne mit aktivierenden Antidepressiva oder atypischen Antipsychotika behandelt werden. Ebenso wenig gebe es spezifische stationäre Behandlungsprogramme. Wichtig seien jedoch soziotherapeutische Massnahmen, mit dem Ziel der Reintegration (in diesem Fall betreutes Wohnen und sukzessive Alltagsintegration in allen Lebensbereichen). Die Psychotherapie sollte im besten Falle motivationsfördernde, kognitiv-verhaltenstherapeutische und familientherapeutische Elemente beinhalten. Als weiterführende Massnahme wird von der Gutachterin aufgrund der sehr unreifen Persönlichkeit und der dringenden Notwendigkeit einer Nachentwicklung daher ein Auszug von Zuhause und eine Platzierung in einer therapeutischen Wohngemeinschaft empfohlen, mit dem Ziel, eine Tagesstruktur in einer altersentsprechenden Gruppe einzuüben, und die Grundfertigkeiten einer Arbeitsfähigkeit (u.a. Pünktlichkeit, Ausdauer, Belastbarkeit) sukzessive zunächst innerhalb der Wohngemeinschaft, dann ausserhalb (am ehesten im

geschützten Rahmen) aufzubauen. Ohne diese werde weder eine dauerhafte Arbeitstätigkeit noch eine Ausbildungsfähigkeit jemals erreicht werden können. Grundvoraussetzung hierfür sei allerdings eine Cannabisabstinenz. Eine solche sei vom Exploranden wiederholt und auch im Rahmen der jetzigen Begutachtung vehement abgelehnt worden.

6.2 Gemäss dem Urteil des Bundesgerichts 8C_841/2016 vom 30. November 2017 sind sämtliche psychische Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 zu unterziehen, welches durch den psychiatrischen Gutachter bzw. die psychiatrische Gutachterin dementsprechend zu prüfen ist. Zudem hat das Bundesgericht mit Urteil 9C_724/2018 vom 11. Juli 2019 (BGE 145 V 215) seine Rechtsprechung im Zusammenhang mit Suchtleiden geändert. Neu sind auch Suchterkrankungen im vorgenannten strukturierten Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 zu prüfen. Gemäss altem Verfahrensstand eingeholte Gutachten verlieren nicht per se ihren Beweiswert. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält (Urteil des Bundesgerichts 9C_78/2017 vom 26. Januar 2018 E. 6.3.1 mit Hinweis auf BGE 141 V 281 E. 8 S. 309).

Der Beweiswert der gutachterlichen Ausführungen von med. pract. E.____ setzt also im Weiteren voraus, dass die in BGE 141 V 281 für massgebend erklärten Gesichtspunkte abgehandelt werden oder sich zumindest beurteilen lassen. Gemäss diesem Urteil soll der Gutachter stärker darauf achten, die Diagnosen so zu begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben nach ICD-10 tatsächlich eingehalten sind (Urteil E. 2.1); das Augenmerk ist namentlich auch auf Ausschlussgründe wie Aggravation zu richten (E. 2.2). Anhand eines Kataloges von Indikatoren erfolgt eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des ■ unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits ■ tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (E. 4.1.3):

1) Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3)

a) Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1)

-Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1)

-Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2)

-Komorbiditäten (E. 4.3.1.3)

b) Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen; E. 4.3.2)

c) Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3)

2) Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens; E. 4.4)

-gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1)

-behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

6.2.1 Zunächst sind im Rahmen der Kategorie «funktioneller Schweregrad» die Indikatoren zum Komplex «Gesundheitsschädigung» näher auszuleuchten. Entscheidend sind demnach die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome, deren Behandlungs- und Eingliederungserfolg resp. -resistenz sowie allfällige Komorbiditäten. In

Bezug auf die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde kann im Wesentlichen auf das in E. II. 6.1 hiervor Gesagte verwiesen werden. Im Rahmen der Begutachtung konnte keine Psychopathologie festgestellt werden, bis auf eine zeitlich unscharfe Orientierung. Insbesondere habe eine ausgeglichene Stimmungslage mit voll erhaltener affektiver Schwingungsfähigkeit und Resonanz bestanden. Eine Stimmungslabilität habe nicht beobachtet werden können. Auch Ängste, Phobien oder Zwänge von Krankheitswert konnten nicht exploriert werden. Es habe sich auch kein Anhalt für eine Aufmerksamkeits- oder Konzentrationsstörung oder eine Auffassungsstörung ergeben. Auch die Merkfähigkeit sei nicht beeinträchtigt gewesen. Zeitliche biographische Zuordnungen (Eingliederung) blieben aber etwas unscharf. In Bezug auf die arbeitsrelevante Gesundheitsschädigung führt die Gutachterin weiter aus, diese zeige sich kaum in einem einzelnen Gespräch, sie werde erst in Form von erheblichen funktionellen Einschränkungen sichtbar, wenn es um Verbindlichkeit, regelmässiges Erscheinen, Belastbarkeit, Ausdauer, Selbstsicherheit und sozial adäquate interpersonelle Kommunikation und Kontaktverhalten gehe. Ursache seien die ADHS-Symptome und das amotivationale Syndrom aufgrund der chronischen Cannabisabhängigkeit. Ein Teil des Verhaltens sei auch ihm selbst und seiner mangelnden Motivation geschuldet, und nicht nur krankheitsbedingt, der genaue Anteil könne aber nicht bestimmt werden. Diesen Teil könnte er unter Umständen überwinden, zumindest, wenn er Hilfe annehmen würde. Bei früh diagnostiziertem ADHS mit Sonderschulbedürftigkeit und nicht besonders unterstützendem familiären Umfeld habe der Beschwerdeführer bereits ab dem 12. Lebensjahr begonnen, Cannabis zu konsumieren, obwohl er parallel mit Ritalin behandelt worden sei. Einerseits diene der Konsum zum Teil einer Selbstbehandlung (u.a. zur Beruhigung, Selbstsicherheitsförderung, stimmungsaufhellend), und würde dann einem sekundären Konsum entsprechen, andererseits habe sich die schwere Abhängigkeit mittlerweile zum eigenständigen Krankheitsbild entwickelt mit amotivalem Syndrom. Erst eine lange Abstinenz werde zeigen, wieviel von der jetzigen Symptomatik übrigbleibe. Daraus lässt sich ableiten, dass für einen erwerblichen Kontext, in dem eine zuverlässige Leistungserbringung erforderlich ist, erhebliche funktionelle Einschränkungen bestehen.

Hinsichtlich des Indikators Behandlungs- und Eingliederungserfolg resp. -resistenz führt die Gutachterin aus, der Beschwerdeführer suche alle 14 Tage eine Psychologin auf. Medikamente seien nicht verordnet worden, da der Explorand diese abgelehnt habe. Insofern sei die Therapie nicht lege artis. Er sei auch nicht bereit, auf Cannabis zu verzichten. Auch dies entspreche nicht dem Therapiekonzept. Der Explorand habe bisher nicht kooperiert, er habe jahrelang keine Therapie in Anspruch genommen, er verweigere Medikamente und ein abstinentes Leben. Es sei eine umfangreiche Therapie einzuleiten (vgl. E. II. 6.1). Vor allem wäre dringend eine Cannabisabstinenz notwendig. Des Weiteren habe der Beschwerdeführer nie versucht, sich selbst einzugliedern. Er habe lediglich in der Institution J.____ an einem Jugendprogramm teilgenommen, das abgebrochen worden sei, als er nicht erschienen war. Die von der IV-Berufsberatung vorgeschlagenen Ausbildungen mit internem und externem Wohnen habe er sämtlich abgelehnt, obwohl sie zumutbar gewesen wären. Das amotivationale Syndrom aufgrund des fortgesetzten Cannabiskonsums und das unbehandelte ADHS würden eine Eingliederung zum jetzigen Zeitpunkt behindern. Eingliederungsmassnahmen seien zwar zumutbar, würden aber wahrscheinlich erst nach Erreichen einer Cannabis-Abstinenz und dem Erwerb von Grundarbeitsfähigkeiten von Erfolg gekrönt sein. Sämtliche Eingliederungsbemühungen in der Vergangenheit hätten zu keinerlei Erfolg geführt, die angebotenen Möglichkeiten seien vom Beschwerdeführer durch Abwesenheit boykottiert oder von vornherein abgelehnt worden. Der Explorand zeige

bis heute keinerlei Veränderungsmotivation, weder in therapeutischer Hinsicht noch auf der Verhaltensebene. Der Explorand scheine sich in seiner eigenen Welt, in der Wohnung seiner Grossmutter, zusammen mit dem Cannabis eingerichtet zu haben und habe keinerlei Idee, keinerlei Motivation oder Interesse, auch nicht mit Unterstützung seine eigene Zukunft zu gestalten, und etwas aus seinem Leben zu machen. Stattdessen werde er seit ca. sechs Jahren vom Sozialamt unterstützt. Er halte sich selbst auch nicht für krank, weder physisch noch psychisch, sein einziges und grösstes Problem seien die Geldprobleme und die monatlichen Schulden, die er zum Kauf des Cannabis bei seinen Kollegen machen müsse. Gestützt auf diese Schilderungen ist davon auszugehen, dass eine berufliche Eingliederung weitgehend aussichtslos ist, solange der Cannabiskonsum im bisherigen Ausmass andauert. Eine Behandlung sowohl der Suchtproblematik als und der übrigen Symptome verspricht grundsätzlich Erfolg, allerdings erst nach längerer Dauer.

Mit Blick auf den Indikator der Komorbidität ist sodann zu prüfen, ob und bejahendenfalls inwieweit sich diese ressourcenhemmend auf die versicherte Person auswirkt. Erforderlich ist eine Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge der Abhängigkeitsstörung zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen. Das strukturierte Beweisverfahren, wie es in BGE 141 V 281 definiert wurde, steht einer Aufteilung von Einbussen auf einzelne Leiden entgegen, da es auf einer ergebnisoffenen Gesamtbetrachtung in Berücksichtigung der Wechselwirkungen basiert. Gemäss BGE 143 V 318 ist E. 4.3.1.3 von BGE 141 V 281 so zu verstehen, dass Störungen unabhängig von ihrer Diagnose bereits dann als rechtlich bedeutsame Komorbidität in Betracht fallen, wenn ihnen im konkreten Fall ressourcenhemmende Wirkung beizumessen ist. Die psychiatrische Gutachterin führt dazu aus, eine Wechselwirkung sei hier vorliegend, es bestehe eine Komorbidität von ADHS und Cannabisabhängigkeit. Die funktionellen Auswirkungen seien aktuell mittelgradig bis schwer. Der Beschwerdeführer habe Mühe bei der Anpassung an Regeln und Routinen, er sei am Arbeitsplatz ständig zu spät gekommen oder sei gar nicht erschienen. Er könne sich nicht flexibel auf unterschiedliche Situationen einstellen und reagiere rasch mit aggressiven Impulsausbrüchen, besonders wenn ihm etwas nicht passe. Er sei kaum fähig, vernünftige, erwachsene und lebensnahe Entscheidungen zu fällen. Aufgrund von Impulsivität sei sein Verhalten anderen gegenüber überwiegend übersteuert und fehlgeleitet. Er sei kaum anpassungsfähig an die Regeln einer Gruppe oder eines Teams, er reagiere unangemessen und überschüssend. Er habe eine nicht altersgemässe Abhängigkeit von Mutter und Grossmutter, und könne sich nicht vorstellen, für eine Ausbildung in eine Institution zu ziehen. Zum Vater bestehe gar kein Kontakt mehr. Eine richtige Freundin habe er noch nie über einen längeren Zeitraum gehabt. Bei der Planung und Strukturierung von Aufgaben benötige er Anleitung und Unterstützung von aussen, aufgrund seiner enormen Antriebs- und Motivationslosigkeit. Ohne die Motivation von aussen, und selbst dann nur unter grossen Schwierigkeiten, habe er bislang keine Tätigkeit durchhalten können. Für Spontanaktivitäten sei er abhängig von seinen Kollegen, ansonsten sitze er passiv zu Hause vor dem PC und sei mit Spielen beschäftigt. Demnach ist im Resultat von einer gegenseitigen Verstärkung und ressourcenhemmenden Wirkung der verschiedenen Diagnosen auszugehen.

6.2.2 Zu der Kategorie «funktioneller Schweregrad» ist unter anderem der Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen) zu zählen. Dazu führt med. pract. E. ___ aus, eine Persönlichkeitsstörung oder -akzentuierung könne beim Beschwerdeführer nicht festgestellt werden, allerdings könne

von einer chronischen Persönlichkeitsveränderung im Sinne eines amotivationalen Syndroms ausgegangen werden. Demnach sind erhebliche strukturelle Defizite im Sinne einer Persönlichkeitsproblematik erstellt, welche im Rahmen einer umfassenden Ressourcenprüfung negativ ins Gewicht fallen.

Innerhalb der Kategorie «funktioneller Schweregrad» bestimmt ferner auch der Komplex «Sozialer Kontext» mit darüber, wie sich die (kausal allein massgeblichen) Auswirkungen der Gesundheitsbeeinträchtigung konkret manifestieren. Dazu ist zweierlei festzuhalten: Soweit soziale Belastungen direkt negative funktionelle Folgen zeitigen, bleiben sie nach wie vor ausgeklammert (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a S. 299 f.). Andererseits hält der Lebenskontext einer versicherten Person auch (mobilisierbare) Ressourcen bereit, so die Unterstützung, die ihr im sozialen J.____ zuteil wird. Immer ist sicherzustellen, dass gesundheitlich bedingte Erwerbsunfähigkeit zum einen (Art. 4 Abs. 1 IVG) und nicht versicherte Erwerbslosigkeit oder andere belastende Lebenslagen zum andern nicht ineinander aufgehen; alles andere widerspräche der klaren gesetzgeberischen Regelungsabsicht (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303). Hierzu führt die Gutachterin aus, er lebe aktuell bei seiner Mutter und seiner Grossmutter. Vom Sozialamt erhalte er CHF 600.00, er benötige jedoch CHF 800.00 - 900.00 pro Monat für Cannabis. Wenn das Geld nicht reiche, kaufe er nur kleinere Mengen für je CHF 50.00, die er sich von Kollegen ausleihe, er müsse dafür Schulden machen. Er habe viele Kollegen, er kenne fast ganz [...] und komme mit allen sehr gut aus. Teilweise arbeiteten seine Kollegen, manche lebten so ähnlich wie er, die wichtigsten wohnten im gleichen Quartier. Einer seiner engeren Kollegen, er sei Uhrmacher, kiffe auch und sei sein Vorbild, da bei ihm alles gut sei. Mit den Kollegen komme es selten zu Problemen, auch wenn er immer etwas emotionaler reagiere. Er übernehme zuhause gerne Hausarbeiten, zum Beispiel putze er der Grossmutter die Fenster. Er spiele auch gerne ein Spiel mit ihr. Er kümmere sich auch gerne um seine Katze. Es sei schon lange her, dass er eine Freundin gehabt habe, er habe hierfür kein Geld und keine Nerven, es müsse aktuell nicht sein. Zu den vorhandenen oder mobilisierbaren Ressourcen führt die Gutachterin aus, der Beschwerdeführer sollte dringend in eine therapeutische WG ziehen, um sich von dem mütterlichen und grossmütterlichen Umfeld abzunabeln. Diesbezüglich scheine er in seiner Entwicklung stehen geblieben zu sein. Bislang lasse die Therapieadhärenz deutlich zu wünschen übrig, während mehrerer Jahre habe er keine Psychotherapie in Anspruch genommen, obwohl ihm dazu geraten worden sei. Er lehne bis heute eine psychopharmakologische Behandlung ab, und greife lieber zum Cannabis. Seine Sonderschulbedürftigkeit habe bei ihm nicht zu genügenden sprachlichen Fähigkeiten geführt, es fehle ihm sozusagen am nötigen Handwerkszeug, emotional zu kommunizieren und sich angemessen introspektiv und reflektierend mit sich selbst auseinander zu setzen. Da er weitgehend zurückgezogen lebe, sei auch von einem Mangel an Sozialkompetenzen auszugehen. Insgesamt enthält der soziale Lebenskontext des Versicherten somit kaum sich potenziell günstig auf die Ressourcen auswirkende Faktoren.

6.2.3 Der Indikator einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen der Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens) zielt auf die Frage ab, ob die diskutierte Einschränkung in Beruf und Erwerb (bzw. bei Nichterwerbstätigen im Aufgabenbereich) einerseits und in den sonstigen Lebensbereichen (beispielsweise Freizeitgestaltung) andererseits gleichermassen ausgeprägt ist (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303 f.). Dazu hielt med. pract. E.____ fest, der Explorand habe sich im Rahmen der Exploration freundlich verhalten, was auch verschiedentlich von

den IV-Beratern beschrieben worden sei. Mit einem Lächeln und einer gewissen Vehemenz habe er die Auffassung vertreten, dass er allerdings nie etwas anderes machen wolle in seinem Leben als ständig zu kiffen. Er beteilige sich ansonsten im Haushalt, gekocht werde nichts, es bestehe keine Tag / Nachtumkehr, er schlafe zwischen Mitternacht und 9:00 Uhr. Er vertreibe sich die Zeit bei einem Spiel mit der Grossmutter, kümmere sich um seine Katze, treffe ab und zu Kollegen, ansonsten rauche er ununterbrochen die Wasserpfeife und beschäftige sich mit Gamen. Dort bewege er sich in einer virtuellen, unrealistischen Welt und rede sich ein, dass er viele Leute auf der ganzen Welt kenne. Rein objektiv betrachtet sei der Beschwerdeführer weder im Haushalt noch in der Freizeit und auch nicht in seinen sozialen Aktivitäten eingeschränkt. Allerdings geht aus den Ausführungen der Gutachterin auch hervor, dass sich die Aktivitäten des Beschwerdeführers auf ein relativ enges räumliches und persönliches Umfeld beschränken. Von einer eigentlichen Inkonsistenz kann nicht gesprochen werden.

Der in die gleiche Kategorie («Konsistenz») fallende Aspekt des behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdrucks betrifft die Frage nach der Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen. Das Ausmass, in welchem Behandlungen wahrgenommen oder eben vernachlässigt werden, weist (ergänzend zum Gesichtspunkt Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz [vgl. E. 4.1.2 hievore]) im Regelfall auf den tatsächlichen Leidensdruck hin (BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304). Diesbezüglich kann auf das zum Indikator «Behandlungs- und Eingliederungserfolg resp. -resistenz» Gesagte verwiesen werden. Der Beschwerdeführer habe gemäss der Gutachterin bisher nicht kooperiert, er habe jahrelang keine Therapie in Anspruch genommen, er verweigere Medikamente und ein abstinentes Leben.

6.3 Gestützt auf die obigen Erwägungen ergibt sich, dass das psychiatrische Gutachten von med. pract. E. ___ genügend Aufschluss über die massgeblichen Indikatoren, die gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung zu berücksichtigen sind, gibt. Insgesamt erweisen sich die geltend gemachten funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten psychischen Beeinträchtigungen damit als erstellt. So sind beim Beschwerdeführer neben wenigen ressourcenfördernden vor allem ressourcenhemmende Faktoren vorhanden, womit die gutachterliche Beurteilung auch im Lichte dessen nachvollziehbar ist, so dass darauf abgestellt werden kann. Ebenso erscheint die im Gutachten vorgenommene Beurteilung der Arbeitsfähigkeit anhand der gestellten Diagnosen überzeugend. Obwohl die vorerwähnte Rechtsprechung (Urteil des Bundesgerichts 9C_724/2018 vom 11. Juli 2019; E. II. 6.2 hiervore), wonach Suchterkrankungen ebenfalls im vorgenannten strukturierten Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 zu prüfen sind, im Zeitpunkt der Gutachtenserstellung noch nicht veröffentlicht worden und damit nicht anwendbar war, hat med. pract. E. ___ die Suchterkrankung des Beschwerdeführers ebenfalls bei der Indikatorenprüfung berücksichtigt und bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit mit einbezogen. Dies ist im Resultat nicht zu beanstanden, zumal das Versicherungsgericht diese Rechtsprechung vorliegend sofort anzuwenden hat (Urteile des Bundesgerichts 9C_700/2015 18. Juli 2016 E. 3.2, 9C_769/2013 vom 1. April 2014 E. 2). Hingegen fehlt im Gutachten eine eingehende Beurteilung des Verlaufs der Arbeitsfähigkeit. Die Gutachterin verweist in Bezug auf den Beginn der Arbeitsunfähigkeit auf die im Intake-Gespräch datierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit ab 1. April 2014 (vgl. IV-Nr. 65) sowie auf die von Dr. med. D. ___ in seinem Bericht vom 1. Juni 2017 (IV-Nr. 67) attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit ab Februar 2014 (Behandlungsbeginn).

Übereinstimmend dazu hält auch RAD-Arzt Dr. med. F. ___ in seiner Stellungnahme vom 30. Mai 2018 (IV-Nr. 82) fest, dass der Beschwerdeführer ab 2014 als arbeitsunfähig ausgewiesen wurde und auch gegenwärtig nicht arbeitsfähig sei. Es ist somit davon auszugehen, dass sich die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers seit Behandlungsbeginn bei Dr. med. D. ___ im Jahr 2014 nicht wesentlich verändert hat, weshalb die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit von med. pract. E. ___ insgesamt als überzeugend erscheint. Die von den Ärzten erwähnten Verbesserungsmöglichkeiten haben sich während des hier zu beurteilenden Zeitraums nicht realisiert.

Der Beweiswert des Gutachtens wird durch die teilweise anderslautende Sichtweise des behandelnden Psychiaters Dr. med. D. ___ (vgl. IV-Nr. 77) nicht infrage gestellt. Zu erinnern ist in diesem Zusammenhang daran, dass die psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann und die Rechtsprechung der begutachtenden Person deshalb praktisch einen gewissen Spielraum gewährt, innerhalb dessen verschiedene medizinische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern dabei lege artis vorgegangen worden ist. Behandelnde und begutachtende Psychiater können, mit der gleichen Person als Patientin oder Explorandin in verschiedenen Zeitpunkten und Situationen konfrontiert, zu unterschiedlichen Beurteilungen der psychischen Beeinträchtigungen und ■ invalidenversicherungsrechtlich entscheidend ■ deren Schweregrades mitsamt den sich daraus ergebenden Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit gelangen. Diese in der Natur der Sache begründete, weitgehend fehlende Validierbarkeit («Reliabilität») psychiatrischer Diagnosen kann nicht automatisch zu Beweisweiterungen bei sich widersprechenden psychiatrischen Berichten und Expertisen führen (Urteil des Bundesgerichts 9C_661/2009 vom 29. September 2009 E. 3.2). Daher und unter Beachtung der Divergenz von medizinischem Behandlungs- und Abklärungsauftrag (BGE 124 I 170 E. 4 S. 175; Urteil des Bundesgerichts I 701/05 vom 5. Januar 2007 E. 2 in fine, mit Hinweisen) kann eine medizinische Administrativ- oder Gerichtsexpertise nicht stets in Frage gestellt und zum Anlass weiterer Abklärungen genommen werden, wenn die behandelnden Ärzte zu unterschiedlichen Einschätzungen gelangen oder an vorgängig geäusserten abweichenden Auffassungen festhalten. Anders verhält es sich nur, wenn diese objektiv feststellbare Gesichtspunkte vorbringen, die im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung unerkannt geblieben und geeignet sind, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen (Urteil des Bundesgerichts 8C_558/2010 vom 27. Dezember 2010 E. 2.2.2, 8C_694/2008 vom 5. März 2009 E. 5.1 und Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 51/06 vom 19. September 2006 E. 3.1.2). Derartige Aspekte finden sich in den Berichten von Dr. med. D. ___ nicht. Es kommt hinzu, dass die Differenzen, soweit sie die rein medizinischen Belange betreffen und für die Anspruchsbeurteilung relevant sind, vergleichsweise gering ausfallen.

6.4 Folglich kann auf das psychiatrische Gutachten vom 10. Januar 2018 und die darin enthaltene Beurteilung der Arbeitsfähigkeit auch unter Berücksichtigung der mit BGE 145 V 215 modifizierten Rechtsprechung abgestellt werden. Damit ist ab 1. Februar 2014 (Behandlungsbeginn bei Dr. med. D. ___; vgl. IV-Nr. 67, S. 3; 75, S. 24) eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 40 % gegeben, womit das Wartejahr (vgl. Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG) ab diesem Datum zu laufen begonnen hat. Mit der Beschwerdegegnerin ist von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Unter Berücksichtigung der 6-Monatsfrist ab der IV-Anmeldung vom 6. April 2017 (vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG) und des Wartejahres hat der Beschwerdeführer somit ab 1. Oktober 2017 Anspruch auf eine ganze

Rente.

7. Es ist nachfolgend zu prüfen, ob die Befristung der Rente zu Recht erfolgt ist.

7.1 Die frühere 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). Eine Leistungskürzung oder -verweigerung gestützt auf Art. 7 IVG und Art. 21 Abs. 4 ATSG ist jedoch davon abhängig, ob die fragliche Massnahme eine wesentliche Verbesserung der Arbeitsfähigkeit verspricht (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_82/2013 vom 20. März 2013 E. 3). Ob ein Behandlungserfolg eintritt, kann indes im Einzelfall erst nach Abschluss der entsprechenden Behandlung beurteilt werden (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_663/2017 vom 12. Dezember 2017 E. 5.1). Die IV-Stelle hat daher zu gegebener Zeit revisionsweise zu prüfen, ob die versicherte Person ihrer Schadenminderung nachgekommen ist und ob die Behandlung erfolgreich war (BGE 145 V 215 E. 8.2; vgl. auch IV-Rundschreiben Nr. 395 des BSV vom 28. November 2019).

7.2 Die Beschwerdegegnerin hielt in ihrer Beschwerdeantwort vom 7. April 2020 (A.S. 32 ff.) fest, die mit Verfügung vom 5. Februar 2020 zugesprochene (befristete) Rente sei aufgrund der Rechtsprechungsänderung von BGE 145 V 215 erfolgt. Das beim Beschwerdeführer einwandfrei diagnostizierte Abhängigkeitssyndrom wird von der Beschwerdegegnerin somit als invalidenversicherungsrechtlich beachtlicher (psychischer) Gesundheitsschaden anerkannt. Mit derselben Verfügung wurde gleichzeitig die Rente des Beschwerdeführers befristet. Zur Begründung wird vorgebracht, die am 6. August 2019 erfolgte Auflage (IV-Nr. 94) sei nicht eingehalten worden bzw. der Beschwerdeführer sei gar nicht erst erreichbar gewesen und habe daher seine Schadensminderungspflicht eindeutig verletzt, weshalb die Rente gemäss Art. 7b Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 21 Abs. 4 ATSG befristet werden durfte. Ob in casu dem Beschwerdeführer eine Verletzung der ihm auferlegten Pflichten vorzuwerfen ist, kann vorliegend offengelassen werden. Denn eine Kürzung oder Verweigerung von Leistungen gestützt auf Art. 7 IVG und Art. 21 Abs. 4 ATSG kommt im vorliegenden Fall nur dann in Betracht, wenn davon auszugehen ist, dass die Behandlung, wenn sie denn durchgeführt worden wäre, zu einer Verbesserung der

Arbeitsfähigkeit geführt hätte, und dies während des hier zu beurteilenden Zeitraums bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung. Ebenso verhält es sich, wenn der Erfolg der Massnahme und die notwendige Dauer ungewiss sind und wegen der Mitwirkungsverweigerung nicht festgestellt werden kann. Wenn davon auszugehen ist, dass eine adäquate Behandlung erst in relativ ferner Zukunft zu einer anspruchsrelevanten Verbesserung der Arbeitsfähigkeit führen würde, rechtfertigt sich demgegenüber eine Befristung der Rente nicht. Diese ist zunächst unbefristet zuzusprechen, allenfalls mit einem Mahn- und Bedenkzeitverfahren zu verbinden und gegebenenfalls später zu revidieren.

7.3 Gemäss den Ausführungen der Gutachterin med. pract. E. ___ ist es aufgrund der langjährigen bestehenden Cannabisabhängigkeit offensichtlich zu einer chronischen Persönlichkeitsveränderung gekommen, die sich nach länger andauerndem, regelmässigem Konsum entwickelt und mit einem amotivationalen Syndrom einhergeht. Da beim Beschwerdeführer neben dem Suchtleiden auch ein anderes psychisches Leiden vorliegt, ist nach Auffassung der Gutachterin nicht nur eine reine Entzugsbehandlung angebracht, sondern auch eine psychiatrische Behandlung. Diese wurden dem Beschwerdeführer denn auch von der Beschwerdegegnerin mit Schreiben vom 6. August 2019 verordnet (IV-Nr. 94). Für den schrittweisen Aufbau einer dauerhaften Arbeitsfähigkeit stellt die Cannabisabstinenz gemäss med. pract. E. ___ jedoch nur eine Grundvoraussetzung dar. Denn bei noch sehr unreifer Persönlichkeit und der dringenden Notwendigkeit einer Nachentwicklung empfiehlt die Gutachterin dringend einen Auszug von Zuhause und eine Platzierung in einer therapeutischen Wohngemeinschaft, mit dem Ziel eine Tagesstruktur in einer altersentsprechenden Gruppe einzuüben, und die Grundfertigkeiten einer Arbeitsfähigkeit (u.a. Pünktlichkeit, Ausdauer, Belastbarkeit) sukzessive zunächst innerhalb der Wohngemeinschaft, dann ausserhalb (am ehesten im geschützten Rahmen) aufzubauen (vgl. IV-Nr. 75, S. 17 ff.). Es ist daher nicht anzunehmen, dass eine nach Erhalt des Schreibens vom 6. August 2019 in nützlicher Zeit aufgenommene und lege artis durchgeführte Entzugs- sowie psychiatrische Behandlung die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 5. Februar 2020 erheblich verbessert hätte. Der Rentenanspruch darf nicht zum vornherein befristet werden, wenn die schrittweise Steigerung der Leistungspflicht nach einem Entzug medizinisch bloss möglich und zumutbar ist, jedoch innert einer bestimmten Frist nicht als überwiegend wahrscheinlich erscheint (vgl. BGE 145 V 215 E. 8.2 S. 230). Davon ist vorliegend nicht auszugehen. Ist eine anspruchserhebliche Änderung des Sachverhalts nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, bleibt es nach dem Grundsatz der materiellen Beweislast beim bisherigen Rechtszustand (Urteil des Bundesgerichts 9C_418/2010 vom 29. August 2011 E. 3.1 mit Hinweis). Die Befristung der Rente ist daher zu Unrecht erfolgt. Daran ändert auch der Umstand nichts, dass selbst der behandelnde Psychiater, Dr. med. D. ___, eine auf drei Jahre befristete Rente vorschlägt (IV-Nr. 77, S. 4) und auch die Gutachterin für eine begrenzte Zeit eine Rente befürwortet (IV-Nr. 80, S. 5).

E. 8

8.1 Da der Beschwerdeführer gestützt auf das beweismässige Gutachten von med. pract. E. ___ in jeglicher Tätigkeit vollständig arbeitsunfähig ist, erübrigt sich die Durchführung eines Einkommensvergleichs. In Gutheissung der Beschwerde ist die angefochtene Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 5. Februar 2020, worin dem Beschwerdeführer vom 1. Oktober 2017 bis 31. August 2019 aufgrund eines Invaliditätsgrads von 100 % eine

ganze befristete Invalidenrente zugesprochen wurde, insoweit abzuändern, als die Befristung der Rente auf den 31. August 2019 mangels nachgewiesener Verbesserung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit aufzuheben ist. Damit ist die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, dem Beschwerdeführer über den 31. August 2019 hinaus eine unbefristete ganze Rente auszurichten.

8.2 Der Beschwerdegegnerin steht es indes frei, den Beschwerdeführer unter Hinweis auf seine Schadensminderungspflicht aufzufordern sich der von med. pract. E.____ in ihrem Gutachten empfohlenen Entzugs- sowie psychiatrischen Behandlung zu unterziehen. Die Vornahme einer solchen Behandlung ist nach überzeugender Auffassung der psychiatrischen Gutachterin und des behandelnden Psychiaters durchaus zumutbar. Des Weiteren kann davon auch eine Verbesserung der Leistungsfähigkeit erwartet werden, zumal auch Dr. med. D.____ in seiner Stellungnahme eine auf drei Jahre befristete Rente mit Auflagen empfiehlt, um den schrittweisen Aufbau von Ressourcen im Umgang mit der Wirklichkeit therapeutisch und lebenspraktisch umzusetzen (vgl. IV-Nr. 77, S. 4). Der Vorschlag des behandelnden Psychiaters wird auch von med. pract. E.____ befürwortet (IV-Nr. 80, S. 5). Ob ein Behandlungserfolg eintritt, kann erst nach Abschluss der entsprechenden Behandlung beurteilt werden, weshalb der Leistungsanspruch durch die IV-Stelle zu gegebener Zeit revisionsweise zu überprüfen ist. Sollte sich der Beschwerdeführer weigern, sich der Behandlung zu unterziehen, so käme allenfalls dann eine Sistierung der Rente nach Art. 21 Abs. 4 ATSG in Frage. Voraussetzung hierfür wäre indessen ein rechtskonform durchgeführtes Mahn- und Bedenkzeitverfahren (BGE 145 V 215 E. 8.2 S. 230; vgl. auch Urteile des Bundesgerichts 9C_618/2019 vom 16. März 2020 E. 10 und 9C_155/2019 vom 24. Juni 2019).

E. 9

9.1 Bei diesem Verfahrensausgang hat der anwaltlich vertretene Beschwerdeführer gegenüber der Beschwerdegegnerin Anspruch auf eine Parteientschädigung für das Beschwerdeverfahren. Diese Entschädigung bemisst sich ohne Rücksicht auf den Streitwert nach dem zu beurteilenden Sachverhalt sowie der Schwierigkeit des Prozesses und ist in einer Pauschalsumme festzusetzen (Art. 61 lit. g ATSG). Der anwaltliche Stundenansatz bewegt sich in einem Rahmen von CHF 230.00 bis 330.00 (§ 161 i.V.m. § 160 Abs. 2 Kantonaler Gebührentarif / GT, BGS 615.11). Die vom Vertreter des Beschwerdeführers eingereichte Kostennote vom 17. Juni 2020 (A.S. 48 f.) weist einen Zeitaufwand von 10,28 Stunden, einen Stundenansatz von CHF 250.00 sowie Auslagen von CHF 104.20 aus.

Reine Kanzleiarbeit (z.B. die Weiterleitung von Dokumenten an die Klientschaft, das Einfordern von Akten, die Kenntnisnahme von Verfügungen, das Stellen von Fristerstreckungsgesuchen etc.) sind im Stundenansatz eines Anwalts bereits inbegriffen und nicht separat zu vergüten. Demnach können die unter dem Vermerk «Brief an Klient» angegebenen Positionen von jeweils 0.17 Std. vom 17. Februar 2020, 24. Februar 2020, 11. März 2020, 17. März 2020, 15. April 2020, 11. Mai 2020, 9. Juni 2020 und 17. Juni 2020 nicht berücksichtigt werden, da praxisgemäss von Orientierungskopien ausgegangen wird, welche reinen Kanzleiaufwand darstellen. Dies gilt auch für die unter dem Vermerk «Brief an G.____, » von je 0.17 Std. vom 17. Februar 2020, 11. März 2020, 15. April 2020 und 2. Juni 2020, «Brief an IV-Stelle Solothurn, » vom 17. Februar 2020 (0.33 Std.), sowie «Brief an Versicherungsgericht des Kantons Solothurn» vom 11. Mai 2020 (Fristerstreckungsgesuch; 0.25 Std.) angegebenen Positionen. Der nachprozessuale Aufwand ist angesichts des Obsiegens praxisgemäss von einer Stunde auf 0,5 Stunden zu

kürzen. Damit verbleibt ein Zeitaufwand von insgesamt 7.16 Std. Bei den Auslagen sind die Kopien mit CHF 0.50 (und nicht mit CHF 1.00) zu entschädigen (§ 160 Abs. 5 des Gebührentarifs [GT], BGS 615.11). Demnach belaufen sich die zu vergütenden Auslagen auf insgesamt CHF 69.20. Unter Berücksichtigung des geltend gemachten Stundenansatzes von CHF 250.00 und der Mehrwertsteuer führt dies zu einer Parteientschädigung von insgesamt CHF 2'002.35 (Honorar von CHF 1'790.00 [7.16 Std. à CHF 250.00], Auslagen von CHF 69.20 und MwSt. von CHF 143.15).

9.2 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.

Demnach wird erkannt:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung vom 5. Februar 2020 dahingehend abgeändert, als die Befristung der Rente aufgehoben wird. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer über den 31. August 2019 hinaus eine ganze Invalidenrente auszurichten.

2. Die IV-Stelle des Kantons Solothurn hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von CHF 2'002.35 (inkl. Auslagen und MwSt) zu bezahlen.

3. Die IV-Stelle des Kantons Solothurn hat die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen.

Rechtsmittel

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

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Der Präsident

Der Gerichtsschreiber

Flückiger

Lazar

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