



**Fall-Nr.:** IV 2014/309  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 15.11.2019  
**Entscheiddatum:** 03.01.2019

### **Entscheid Versicherungsgericht, 03.01.2019**

**Art. 8 ATSG, Art. 28 IVG Gestützt auf ein Gutachten wird das Vorliegen einer invalidisierenden Schizophrenie verneint. Der Gutachter hat die abweichende Beurteilung eines vom Beschwerdeführer konsultierten Psychiaters überzeugend widerlegt. Eine Schizophrenie, welche die Arbeitsfähigkeit einschränkt bzw. Ursache einer bestehenden Suchtproblematik ist, ist nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 3. Januar 2017, IV 2014/309). Entscheid vom 3. Januar 2017**

Besetzung

Präsidentin Lisbeth Mattle Frei, Versicherungsrichterinnen

Miriam Lendfers und Marie Löhner; Gerichtsschreiberin Beatrix Zahner

Geschäftsnr.

IV 2014/309

Parteien

**A.\_\_\_\_,**

**Beschwerdeführer,**

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Eliano Mussato, Bachwies-strasse 16, Postfach,  
9404 Rorschacherberg,

gegen



**IV-Stelle des Kantons St. Gallen**, Postfach 368, 9016 St. Gallen,

**Beschwerdegegnerin,**

Gegenstand

**IV-Leistungen**

**Sachverhalt**

A.

A.a A.\_\_\_\_ meldete sich am 2. November 2010 wegen Verdachts auf Schizophrenie erneut bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (IV-act. 1). Der Versicherte hatte sich zuvor am 15. Januar 2008 bei der IV-Stelle des Kantons Thurgau wegen Suchtgefahr zum Leistungsbezug angemeldet (IV-act. 6); diese hatte das Gesuch mit Verfügung vom 16. Juni 2008 abgewiesen, da die Arbeitsunfähigkeit vor allem durch das Abhängigkeitsverhalten begründet sei und deshalb keine Invalidität im Sinne des Gesetzes vorliege (IV-act. 19).

A.b Der Versicherte war vom 19. bis 27. Mai 2009, vom 28. April bis 7. Juni 2010 und vom 19. Juli bis 2. August 2010 in der Psychiatrischen Klinik B.\_\_\_\_ (Kurzaustrittsberichte der Klinik B.\_\_\_\_ vom 27. Mai 2009 [IV-act. 110-50 ff.], vom 10. Juni 2010 [IV-act. 110-55] und vom 3. August 2010 [IV-act. 30-3 ff.]) sowie vom 15. bis 27. September 2010 im Spital C.\_\_\_\_ (IV-act. 30-9 ff.) wegen Diagnosen im Zusammenhang mit Alkohol und Sedativa (Temesta Benzodiazepine) hospitalisiert gewesen. Vom 27. September 2010 bis 24. Februar 2011 war er im D.\_\_\_\_, Zentrum für Suchttherapie und Rehabilitation, therapiert worden (Austrittsbericht vom 28. Februar 2011, IV-act. 44). Der dort behandelnde Dr.med. E.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, diagnostizierte den Verdacht auf eine latente schizophrene Reaktion (ICD-10: F21), ein Alkoholabhängigkeitssyndrom (ICD-10: F10.21) sowie ein Temesta-Abhängigkeitssyndrom (ICD-10: F13.25, Arztbericht vom 7. Februar 2011, IV-act. 42-1 ff.).



## St.Galler Gerichte

A.c Die IV-Stelle teilte dem Versicherten am 20. Dezember 2010 mit, aufgrund seines Gesundheitszustandes seien zurzeit keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen möglich; die medizinischen Rehabilitationsmassnahmen dauerten weiter an (IV-act. 36).

A.d Vom 23. Juni bis 6. Juli 2011 erfolgten stationäre Behandlungen im Spital C.\_\_\_\_ (Arztbericht vom 30. Juni 2011, IV-act. 67-1 ff.) und vom 7. bis 22. Juli 2011 in der Klinik F.\_\_\_\_ (Bericht vom 26. August 2011, IV-act. 65).

A.e Am 5. Juni 2012 wurde der Versicherte durch RAD-Arzt Dr.med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, abgeklärt. Dieser diagnostizierte mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein schizophreses Residuum (ICD-10: F20.5) und ohne Auswirkung eine Abhängigkeit von Alkohol, gegenwärtig abstinent (ICD-10: F10.20), einen gewohnheitsmässigen Gebrauch von Benzodiazepinen (ICD-10: Z72.2) sowie den Verdacht auf medikamenteninduzierten fein-mittelschlägigen Tremor. Insgesamt bestehe durch das Residualsyndrom eine deutliche Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit, so dass berufliche Massnahmen im Rahmen von Integrationsmassnahmen zunächst auf dem ersten Arbeitsmarkt nicht durchgeführt werden könnten, sondern im geschützten Rahmen fortgesetzt werden müssten (Bericht RAD-Abklärung vom 14. Juni 2012, IV-act. 79).

A.f Gestützt auf eine Zielvereinbarung (IV-act. 88) gewährte die IV-Stelle am 28. November 2012 Kostengutsprache für ein Aufbautraining vom 22. November 2012 bis 21. Mai 2013 bei H.\_\_\_\_ (IV-act. 93). Diese Mitteilung wurde am 7. Januar 2013 aufgehoben, da der Versicherte das Aufbautraining per 23. November 2012 abgebrochen habe (IV-act. 98). Nachdem der Versicherte am 5. Februar 2013 wiederum nicht zum Neustart der Massnahme erschienen war, entschied die Institution, die Massnahme abzubrechen (Aktennotiz vom 5. Februar 2013, IV-act. 99; Verlaufsprotokoll per 13. März 2013, IV-act. 102).

A.g Der Versicherte wurde am 3. Juni 2013 im Auftrag der IV-Stelle durch Dr.med. I.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, begutachtet. Dieser erhob keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte er psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika (Temesta), Abhängigkeitssyndrom, ständiger Substanzgebrauch



(ICD-10: F13.25), einen Verdacht auf psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide, Abhängigkeitssyndrom, ständiger Substanzgebrauch (ICD-10: F12.25) sowie psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtig abstinent (ICD-10: F10.20). Es könnten ausschliesslich Abhängigkeitserkrankungen diagnostiziert werden. Im IV-rechtlichen Sinne sei darum die Arbeitsfähigkeit des Versicherten nicht eingeschränkt. Die Sucht könne nicht als Folge einer anderen psychiatrischen Krankheit angesehen werden, weil eine solche nicht diagnostiziert werden könne. Ob invalidisierende Folgeschäden der Sucht bestünden, müsste durch eine neuropsychologische Abklärung ermittelt werden. Diese mache wegen des Konsums von Benzodiazepinen und Cannabis zur Zeit keinen Sinn (Gutachten vom 3. Juli 2013, IV-act. 110).

A.h Die IV-Stelle teilte dem Versicherten am 11. September 2013 mit, er habe keinen Anspruch auf berufliche Massnahmen, da die Arbeitsunfähigkeit vor allem durch das Abhängigkeitsverhalten begründet sei und deshalb keine Invalidität im Sinne des Gesetzes vorliege (IV-act. 114). Nach entsprechendem Vorbescheid vom 19. September 2013 (IV-act. 117) wies sie mit Verfügung vom 5. November 2013 das Leistungsbegehren betreffend Rente ab. Es sei kein invalidisierender Gesundheitsschaden ausgewiesen. Somit sei von einer vollen Arbeitsfähigkeit in jeglichen Tätigkeiten auszugehen (IV-act. 121).

A.i Gegen die Verfügung vom 5. November 2013 erhob der Versicherte am 5. Dezember 2013 Beschwerde (IV-act. 124-2 ff.). Er reichte einen Bericht von Dr.med. J.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 6. November 2013 ein. Danach bestehe eine paranoide Schizophrenie mit unvollständiger Remission (ICD-10: F20.04), ein mittelgradiges chronifiziertes depressives Zustandsbild (ICD-10: F33.11), der Verdacht auf eine Persönlichkeit mit selbstunsicheren Zügen (ICD-10: F60.6), eine Alkoholabhängigkeit, gegenwärtig abstinent (seit 2 Jahren) (ICD-10: F10.20) sowie ein gewohnheitsmässiger Gebrauch von Benzodiazepinen (ICD-10: Z72.2). Eine Arbeitsfähigkeit sei höchstens in einem betreuten Rahmen zu maximal 30 % gegeben (IV-act. 126). Nach Rücksprache mit dem RAD (IV-act. 131) widerrief die IV-Stelle die angefochtene Verfügung am 4. Februar 2014 (IV-act. 134).



## St.Galler Gerichte

A.j Auf Ersuchen der IV-Stelle erstattete Dr. I.\_\_\_\_ am 21. Februar 2014 ein Ergänzungsgutachten. Er kam darin zum Schluss, die Diagnose einer Schizophrenie könne weiterhin nicht gestellt werden. Es liege diesbezüglich ein beweisloser Zustand vor; es liege am Versicherten, die Voraussetzungen für eine weitere Abklärung zu schaffen (IV-act. 140).

A.k Die zuständige Abteilungspräsidentin des Versicherungsgerichts schrieb am 5. März 2014 das gegenstandslos gewordene Beschwerdeverfahren (IV 2013/604) ab (IV-act. 143)

A.l Mit Vorbescheid vom 14. März 2014 stellte die IV-Stelle dem Versicherten in Aussicht, das Leistungsbegehren abzuweisen (IV-act. 147).

A.m Mit Verfügung vom 9. Mai 2014 wies sie das Leistungsbegehren betreffend Rente ab. Aus der Nachbegutachtung sowie der Stellungnahme durch Dr. I.\_\_\_\_ gehe klar hervor, dass weiterhin am Gutachten vom Juli 2013 festzuhalten sei (IV-act. 148).

B.

B.a Gegen die Verfügung vom 9. Mai 2014 erhebt A.\_\_\_\_, vertreten durch Rechtsanwalt lic.iur. E. Mussato, am 11. Juni 2014 Beschwerde. Er beantragt, die angefochtene Verfügung sei unter Kosten- und Entschädigungsfolge aufzuheben. Es sei ihm eine ganze Rente zuzusprechen; eventuell sei die Angelegenheit zur Neuurteilung an die Vorinstanz zurückzuweisen (act. G 1). Zur ergänzenden Beschwerdebegründung reicht er am 1. Juli 2014 eine vom 1. April 2014 datierte (gemäss Beschwerdeführer am 1. Juli 2014 verfasste, act. G 4) Stellungnahme von Dr. J.\_\_\_\_ zum Ergänzungsgutachten von Dr. I.\_\_\_\_ vom 21. Februar 2014 ein (act. G 4.1).

B.b Die Beschwerdegegnerin beantragt in der Beschwerdeantwort vom 25. Juli 2014 die Abweisung der Beschwerde. Dr. I.\_\_\_\_ habe eine Nachbegutachtung durchgeführt, in der er auf Dr. J.\_\_\_\_s Meinung dezidiert eingegangen sei. RAD-Arzt Dr. G.\_\_\_\_ habe festgehalten, dass Dr. I.\_\_\_\_ die Ausführungen von Dr. J.\_\_\_\_ überzeugend widerlegt habe. Es sei notorisch und festzustellen, dass Dr. J.\_\_\_\_ im Vergleich zu den jeweiligen Gutachtern stets viel höhere Arbeitsfähigkeiten attestiere und seine Diagnosen in vielen Fällen nicht bestätigt werden könnten (act. G 6).



B.c Der Beschwerdeführer verzichtet auf eine Replik (act. G 8).

### Erwägungen

1.

1.1 Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) umschreibt Invalidität als voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist der durch die gesundheitliche Beeinträchtigung verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

1.2 Nach Art. 28 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) besteht Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70 %, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie wenigstens zu 60 %, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 %, und auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40 % invalid ist. Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen, Art. 16 ATSG).

1.3 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte



Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen; Urteil vom 1. Dezember 2015, 8C\_586/2015, E. 2).

1.4 Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen; BGE 141 V 14 E. 6.3.1). Im Sinne einer Richtlinie ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 227 E. 1.3.4; BGE 125 V 353 E. 3b/bb).

1.5 Im Sozialversicherungsrecht gilt der Untersuchungsgrundsatz. Verwaltung und Sozialversicherungsgericht haben von sich aus für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen (BGE 122 V 158 E. 1a). Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist. In diesem Rahmen haben Verwaltungsbehörden und das Sozialversicherungsgericht zusätzliche Abklärungen stets dann vorzunehmen oder zu veranlassen, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebenden Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (BGE 117 V 282 E. 4a). In beweisrechtlicher Hinsicht gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben die urteilenden Instanzen die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne einer Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes auf Grund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu



ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 264 E. 3b mit Hinweisen). Die Verwaltung resp. das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind. Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosse Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Das Gericht hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 126 V 360 E. 5b, 125 V 195 E. 2, je mit Hinweisen).

2.

2.1 Medizinische Grundlage der angefochtenen Verfügung bilden das Gutachten von Dr. I.\_\_\_\_ vom 3. Juli 2013 (IV-act. 110) und dessen Ergänzung vom 21. Februar 2014 (IV-act. 140). Umstritten und zu prüfen ist dessen Beweistauglichkeit und insbesondere, ob sich aus den übrigen Akten - insbesondere den Stellungnahmen von Dr. J.\_\_\_\_ - objektiv feststellbare Gesichtspunkte ergeben, welche im Rahmen der Begutachtung unerkannt geblieben und die geeignet sind, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 18. April 2006, I 783/05, E. 2.2 mit Verweis).

2.2 Der Gutachter führte aus, anlässlich der (ersten) Untersuchung (am 3. Juni 2013) hätten sich keine Beeinträchtigungen der Bewusstseinsklarheit und Bewusstseinshelligkeit gezeigt. Es hätten sich Merkfähigkeitsstörungen gezeigt. Der Beschwerdeführer habe sich über eine manchmal auftretende Minderung der Konzentration und gelegentliche Probleme mit dem Kurzzeitgedächtnis beklagt. Der formale Gedankengang sei unauffällig gewesen. Es hätten sich keine Hinweise auf Zwangsgedanken, zwanghafte Handlungen oder hypochondrische Erlebnisverarbeitung gefunden. Inhaltliche Denkstörungen in Form von wahnhaften Gedanken, Wahnwahrnehmungen oder eines systematischen wahnhaften Denkens hätten sich nicht gezeigt. Es hätten sich keine Hinweise auf Halluzinationen oder illusionäre Verkennungen gefunden. Ich-Störungen in Form eines Fremdbeeinflussungserlebens, von Derealisations- oder Depersonalisationsphänomenen seien nicht vorhanden gewesen. Die Grundstimmung



sei euthym und die affektive Modulationsfähigkeit nicht eingeschränkt gewesen. Der Beschwerdeführer habe angegeben, nicht mehr innerlich unruhig zu sein, seit er die Tabletten in der aktuellen Dosis einnehmen würde. Ansonsten seien keine Störungen der Affektivität (nach AMDP) beklagt oder festgestellt worden. Antrieb und Psychomotorik inklusive Mimik und Gestik seien nicht auffällig gewesen. Es bestünden keine zirkadianen Besonderheiten und kein sozialer Rückzug (IV-act. 110-32 f.).

Anlässlich der zweiten Untersuchung (am 12. Februar 2012) habe der Beschwerdeführer über phasenweise auftretende "depressive" Stimmung berichtet. Es gebe Momente, in denen er sich unwohl fühle, einen "komischen" Kopf bekomme und nervös werde. Auch heute sei er ziemlich nervös gewesen, vermutlich wegen dieses Mannes, der ihn verfolgt habe. Er habe ihn schon in K.\_\_\_\_ gesehen; er sei immer wieder am selben Ort gestanden und habe ihn beobachtet. Was er gewollt habe, wisse er nicht; er habe ihn nicht angesprochen. Er sei ziemlich überzeugt, dass er "von der IV komme". Der Mann verfolge ihn erst seit kurzem. Als der Beschwerdeführer 1993 von L.\_\_\_\_ zurück gekommen sei, habe er eine Psychose gehabt. Es sei seiner Mutter aufgefallen, dass er nicht mehr derselbe wie zuvor gewesen sei. Er selber habe das damals nicht wahrgenommen. Er habe das zwischendurch immer wieder gehabt, aber man habe erst im D.\_\_\_\_ herausgefunden, dass es Psychosen gewesen seien. Er habe beispielsweise das Gefühl gehabt, dass jemand im Hintergrund rede, obwohl keiner geredet habe. In den letzten 20 Jahren sei dies vielleicht vier- bis fünfmal vorgekommen. Im D.\_\_\_\_ habe er mehrmals starke Psychosen gehabt. Dann habe er Zyprexa bekommen, und es sei etwas besser geworden. In seiner Verwandtschaft habe es zwei Fälle von Schizophrenie gegeben, Onkel und Tante. Nach der Psychose im D.\_\_\_\_ habe er in den ersten zwei bis drei Wochen kaum gesprochen. Er sei sich verfolgt vorgekommen, habe das Gefühl gehabt, die Leute wollten ihm etwas antun. Die letzte Psychose habe er vor etwa 14 Tagen erlebt. Es habe nur kurze Zeit, vielleicht 20 Minuten, gedauert. Er habe sich unwohl gefühlt und einen "komischen" Kopf gehabt (IV-act. 140-2 ff.). Beurteilend äusserte Dr. I.\_\_\_\_, der Beschwerdeführer berichte zwar über Stimmenhören, beim genaueren Nachfragen habe sich jedoch herausgestellt, dass es sich dabei nicht um Halluzinationen gehandelt habe. Er habe sich über eine innere Unruhe beklagt; selten sei er gereizt, ab und zu habe er Angst (IV-act. 140-10 ff.). Abgesehen davon, dass der Beschwerdeführer nun über verschiedene Symptome berichte, die allenfalls als psychotisch interpretiert werden könnten, sei der



Psychostatus im Vergleich zur Voruntersuchung nahezu unverändert. Bei genauerem Nachfragen hätten sich die Hinweise auf psychotische Symptome als sehr unspezifisch bis höchstens einigermaßen fraglich erwiesen. Bei den berichteten Vorkommnissen handle es sich um höchstens eine illusionäre Verkennung; das Unwohlsein und der "komische Kopf" seien nicht eindeutig als psychotische Symptome zu werten, sondern vielmehr unspezifisch. Der Bericht über den ihn verfolgenden Mann sei schwierig einzuordnen und es falle auf, dass der Beschwerdeführer bei der letzten Untersuchung über solche Dinge nicht berichtet habe. Auch bei der aktuellen Untersuchung seien wieder Cannabis und Benzodiazepine im Urin nachweisbar gewesen. Sicherlich bestehe weiterhin eine Benzodiazepin-Abhängigkeit. Ob eine Cannabis-Abhängigkeit bestehe, könne nicht mit Sicherheit gesagt werden. Der Beschwerdeführer habe angegeben, nur gelegentlich Cannabis zu konsumieren. Dies habe er allerdings erst nach der Konfrontation mit der positiven Urinprobe der ersten Untersuchung gesagt. Seine Angaben bezüglich des Cannabiskonsums seien darum nicht verwertbar, weshalb die Diagnose einer Cannabisabhängigkeit nicht mit Sicherheit gestellt werden könne (IV-act. 140-13 f.). Es wäre denkbar, dass eine durchgemachte psychotische oder auch schizophrene Episode anhaltende neuropsychologische Einschränkungen zur Folge habe. Solche könnten bei einer neuropsychologischen Abklärung festgestellt werden und wären auch einigermaßen spezifisch. Einschränkend müsse aber gesagt werden, dass sich bei der aktuellen psychiatrischen Untersuchung (kursorisch) keine Hinweise für (größere) neuropsychologische Erkrankungen gefunden hätten. Vor allem aber verhindere der aktuelle Konsum von Benzodiazepinen und Cannabis eine entsprechende Abklärung. Zusammenfassend hätten sich keine sicheren Hinweise für das Vorliegen einer Schizophrenie gefunden; diese Diagnose könne darum weiterhin nicht gestellt werden (IV-act. 140-20).

2.3 Der Beurteilung von Dr. I. \_\_\_ hält Dr. J. \_\_\_ entgegen, gestützt auf seine Untersuchung vom 24. Oktober 2013 und eine Fremdanamnese durch die Mutter (IV-act. 126-5 f.) des Beschwerdeführers sei unter anderem die Diagnose einer paranoiden Schizophrenie mit unvollständiger Remission (ICD-10: F20.04) zu erheben. Inhaltliche Wahnvorstellungen seien teils vorhanden (Überzeugung, in gewissen Situationen bei gewissen Menschen Gedanken lesen zu können, sich regelmässig beobachtet fühlen); die Befunderhebung sei nicht eindeutig wahnhaft, aber grenzwertig. Bezüglich paranoider Schizophrenie bestehe ein genetische Vorbelastung (Tante und Onkel



väterlicherseits). Im Alter von 16 - 18 Jahren sei fremdanamnestisch von der Mutter ein Prodromalstadium (innere Unruhe, Antriebslosigkeit, Tag- und Nachtumkehr etc.) bestätigt. Der Beschwerdeführer habe versucht, diese Symptome mittels Cannabis und Alkohol zu behandeln, woraus sich eine Abhängigkeit entwickelt habe. In diesem Sinne bestehe ganz klar eine sekundäre Sucht, primär sei die Schizophrenie oder das Prodromalstadium gewesen. Im Alter von 20 Jahren seien von der Mutter beschrieben mehrere psychotische Phasen aufgetreten, immer im Zusammenhang mit Stress oder Todesfällen in der Familie. Die Fremdanamnese der Mutter habe den Krankheitsverlauf der Schizophrenieerkrankung sehr treffend und detailliert geschildert; die Aussagen seien absolut glaubwürdig und stimmten auch mit der vermuteten Diagnose und dem Krankheitsverlauf überein. Während des Aufenthalts im D.\_\_\_\_ 2011 sei erneut eine psychotische Phase zum Vorschein gekommen. Mit einer hohen Dosis Zyprexa habe ein weiterer Ausbruch einer psychotischen Phase verhindert werden können. Seither habe der Beschwerdeführer auch mit dem Alkoholkonsum gänzlich aufhören können; ebenfalls ein starkes Indiz, das für das Vorliegen einer Schizophrenie spreche. Eine Arbeitsfähigkeit sei nicht mehr gegeben, höchstens in einem betreuten Rahmen zu maximal 30 % (IV-act. 126-2 f.). Dr. I.\_\_\_\_ wertete die Diagnoseherleitung von Dr. J.\_\_\_\_ hinsichtlich einer Schizophrenie als nicht nachvollziehbar und widersprüchlich; die Symptome seien unspezifisch und entsprächen nicht den ICD-10-Kriterien (Ergänzungsgutachten vom 21. Februar 2014; IV-act. 140-15 f.). Das von Dr. J.\_\_\_\_ angenommene Prodromalstadium könne nach ICD-10 diagnostisch nicht erfasst werden. Im D.\_\_\_\_ sei eine Schizophrenie lediglich vermutet worden, weil der Beschwerdeführer während des Entzugs kurzzeitig psychotisch gewesen sei (offenbar habe er auch zu dieser Zeit Cannabis konsumiert) und die entsprechende Symptomatik gut auf eine neuroleptische Therapie angesprochen habe. Es handle sich lediglich um eine Verdachtsdiagnose (IV-act. 140-18 f.). Überhaupt nicht nachvollziehbar sei, dass die diagnostizierte Schizophrenie zu einer 70 %igen Arbeitsfähigkeit führe, zumal keine psychiatrische Behandlung stattfinde (IV-act. 140-17 f.). Hierzu nahm Dr. J.\_\_\_\_ mit Datum vom 1. April 2014 erneut Stellung. Im Wesentlichen führt er an, er habe im eigenen Befund psychotische Symptome gefunden. Diese seien naturgemäss unspezifisch (act. G 4.1).

2.4 RAD-Arzt Dr. G.\_\_\_\_ nahm am 26. Februar 2014 Stellung, Dr. I.\_\_\_\_ habe mit seinem Ergänzungsgutachten die Ausführungen von Dr. J.\_\_\_\_ überzeugend widerlegt (IV-act.



141-1). Dem kann mit Blick auf den Krankheitsverlauf gefolgt werden: Im Arztbericht von Dr. med. M.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Allgemeine Medizin, vom 8. Februar 2008 sind keine schizophreniespezifischen Befunde oder Diagnosen verzeichnet (IV-act. 12). Auch während den insgesamt rund neun Wochen dauernden drei stationären Aufenthalten in der Psychiatrischen Klinik B.\_\_\_\_ zwischen Mai 2009 und August 2010 war noch nicht von psychotischen Symptomen oder einer (Verdachts-)Diagnose einer Schizophrenie die Rede (Kurzaustrittsberichte der Klinik B.\_\_\_\_ vom 27. Mai 2009 [IV-act. 110-50 ff.], vom 10. Juni 2010 [IV-act. 110-55] und vom 3. August 2010 [IV-act. 30-3 ff.]). Erst der den Beschwerdeführer ab Oktober 2010 behandelnde Dr. E.\_\_\_\_ beschrieb während der Therapie im D.\_\_\_\_ aufgetretene klare Hinweise auf psychotisches Erleben (inhaltliche Denkstörungen, Ich-Störungen, Befürchtungen, Wahn), die sich auf die Einnahme von Zyp-r-exa hin gebessert hätten, und diagnostizierte erstmals einen Verdacht auf eine latente schizophrene Reaktion (Bericht vom 7. Februar 2011; IV-act. 42-1 f.; vgl. auch Gesprächsprotokoll RAD vom 25. November 2010, IV-act. 30-1 f.). In der Klinik F.\_\_\_\_, wo der Beschwerdeführer vom 7. bis 22. Juli 2011 behandelt wurde, fanden sich wiederum keine aktuellen Hinweise für Wahn, Wahrnehmungsstörungen oder Ich-Störungen (IV-act. 65-3). Eine psychiatrische Behandlung fand bereits zum Zeitpunkt der RAD-Abklärung vom 5. Juni 2012 nicht mehr statt (ärztlicher Bericht der RAD-Abklärung vom 5. Juni 2012, 14. Juni 2012, IV-act. 79-2). Beinahe drei Jahre nach Dr. E.\_\_\_\_ erhob der nach Ergehen des rentenabweisenden Vorbescheides vom 19. September 2013 (IV-act. 117) konsultierte Dr. J.\_\_\_\_ explizit nicht eindeutig wahnhaft, jedoch grenzwertige Befunde (Bericht vom 6. November 2013, IV-act. 126-2). Dr. I.\_\_\_\_ beurteilte die vom Beschwerdeführer beschriebenen psychotischen Symptome als sehr unspezifisch bis höchstens einigermaßen fraglich (IV-act. 140-13). Der Beschwerdeführer gab gegenüber Dr. I.\_\_\_\_ in der zweiten Begutachtung vom 12. Februar 2014 an, derartige Symptome seien in den letzten 20 Jahren vielleicht vier- oder fünfmal vorgekommen (IV-act. 140-11). Medizinisch echtzeitlich nachgewiesen sind psychotische Symptome somit nur für den Zeitraum nach Auftreten der Suchtproblematik. Dass die Sucht Folge einer schizophrenen Erkrankung ist, erscheint daher nachvollziehbarerweise nicht überwiegend wahrscheinlich. Selbst wenn die erhobenen Befunde einer schizophrenen Erkrankung zuzuordnen sind, ist eine daraus folgende anhaltende Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit nicht (überwiegend) wahrscheinlich, denn es handelt sich insgesamt



um einzelne, bei besonderen Belastungen aufgetretene Vorkommnisse, die weder zu einer bestätigten Diagnose noch zu einer längerfristigen psychiatrischen Behandlung führten. Vielmehr stand und steht die Suchtproblematik eindeutig im Vordergrund der bisherigen Behandlungen und es erscheint plausibel, wenn Dr. I.\_\_\_\_ die beschriebenen psychotischen Symptome der Abhängigkeitserkrankung zuordnet. Das Ergänzungsgutachten von Dr. I.\_\_\_\_ würdigt die Standpunkte von Dr. J.\_\_\_\_. Dieser bringt in seiner zweiten vom 1. April 2014 datierten Stellungnahme (act. G 4.1) keine neuen, von Dr. I.\_\_\_\_ nicht berücksichtigte medizinische Standpunkte vor, sondern hält lediglich an seiner bezüglich Diagnostik und Arbeitsfähigkeit abweichenden Beurteilung fest. Es ist somit auf das Gutachten von Dr. I.\_\_\_\_ und dessen Ergänzung abzustellen und nicht von einer invalidenversicherungsrechtlich relevanten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auszugehen.

3.

3.1 Nach dem Gesagten ist die Beschwerde abzuweisen.

3.2 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1bis IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend ist sie vollumfänglich dem Beschwerdeführer aufzuerlegen und durch den von ihm geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 600.-- gedeckt. Der Beschwerdeführer hat bei diesem Verfahrensausgang keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. Art. 61 lit. g ATSG).

### Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.



Der Beschwerdeführer hat eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen; diese ist durch den in gleicher Höhe geleisteten Kostenvorschuss gedeckt.