



Fall-Nr.: IV 2016/12
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 20.09.2019
Entscheiddatum: 18.06.2018

Entscheid Versicherungsgericht, 18.06.2018

Art. 7 ATSG, Art. 28 IVG, Art. 21 Abs. 4 ATSG: Gemäss beweiskräftigem Gutachten besteht medizin-theoretisch eine Arbeitsfähigkeit von 100% in der ADHS des Beschwerdeführers angepassten Tätigkeiten. Die berufliche Eingliederung ist indessen aufgrund einer sekundären Suchtproblematik und aufgrund einer gemäss Gutachten überwindbaren Einschränkung der Compliance und Absprachefähigkeit bisher gescheitert, die Selbsteingliederung ist dem Beschwerdeführer nicht zumutbar. Es besteht daher ein Anspruch auf eine Dreiviertelsrente, solange die attestierte, erst nach adäquater Behandlung und Eingliederung mögliche Arbeitsfähigkeit noch nicht erreicht ist (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 18. Juni 2018, IV 2016/12).

Besetzung

Versicherungsrichterin Michaela Machleidt Lehmann (Vorsitz), Versicherungsrichter Joachim Huber und Versicherungsrichterin Marie-Theres Rüegg Haltinner;
Gerichtsschreiberin Beatrix Zahner

Geschäftsnr.

IV 2016/12

Parteien

A.____,

Beschwerdeführer,



St.Galler Gerichte

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Thomas Bolt, bürki bolt németh rechtsanwälte,
Auerstrasse 2, Postfach 91, 9435 Heerbrugg,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

Rente

Sachverhalt

A.

A.a A.___, meldete sich am 12. Februar 2003 erstmals wegen Rückenleiden und Depression bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an. Der Versicherte hatte am 5. Juli 1996 das Fähigkeitszeugnis als Forstwart erlangt (IV-act. 29, 44) und anschliessend während kurzer Zeit als Strassenbauarbeiter gearbeitet (IK-Auszug, IV-act. 200-2; Angabe Gutachten B.___, IV-act. 24-2, Gutachten Dr. C.___, IV-act. 192-80 f.). Vom 13. September 1999 bis 10. Mai 2000 hatte der Versicherte im Gartenbau gearbeitet und diese Stelle wegen mehrmaligen unentschuldigtem Fernbleibens verloren (IV-act. Z.___ Gartenbau vom 4. März 2003, IV-act. 4). In den Jahren 1998 - 2002 hatte er sich mehrfach stationären Drogen-Entzügen bzw. Behandlungen unterzogen (IV-act. 6-5f., 183-3f., 169-31ff.)

A.b Med.prakt. D.___, Oberarzt Forensik Psychiatrische Klinik Wil, kam in einem psychiatrischen Gutachten vom 13. Oktober 2003 (IV-act. 18) zum Schluss, der retrospektiv anzuwendende ADHS-Fragebogen spreche deutlich für die Möglichkeit einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Primarschulalter. Unter Berücksichtigung seiner bisherigen Lebensgeschichte müsse man beim Beschwerdeführer nebst einer ADH-Störung von einer spezifischen Persönlichkeitsstörung gemäss ICD-10 ausgehen (IV-act. 18-21). Weiter sei eine



Störung durch multiplen Substanzgebrauch und sonstiger psychotroper Substanzen, Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtig Teilnahme an einem ärztlich bewachten Ersatzdrogenprogramm (Methadon, kontrollierte Abhängigkeit; ICD-10: F19.22) zu diagnostizieren (IV-act. 18-22). Rein psychiatrisch gesehen lägen gegenwärtig keine Anhaltspunkte dafür vor, dass die vom Beschwerdeführer zuletzt ausgeübte Tätigkeit im Gartenbau nicht mehr durchführbar sei. Die ADHS sei nicht arbeits-limitierend und bedürfe sicherlich einer medikamentösen Intervention (Ritalin; IV-act. 18-23 f.). Die Suchtmittelproblematik sei iv-rechtlich nicht relevant. Allenfalls sei bei scheinbar vorhandener Abstinenz auch hierin kein arbeitslimitierender Faktor zu sehen (IV-act. 18-24).

A.c Eine orthopädische Begutachtung durch Dr.med. B.____, Spezialarzt Orthopädische Chirurgie FMH, vom 8. Juni 2004 (IV-act. 24) ergab einen leicht dehydrierten Discus intervertebralis Th 9 bis 12 sowie eine minimale dorsale Diskusprotrusion L2 bis S1 (IV-act. 24-3). Tätigkeiten, bei denen häufig unphysiologische gebeugte Körperhaltungen eingenommen werden müssten und die mit regelmässigem Heben und Tragen von Gegenständen über 10 kg verbunden seien, seien nicht mehr vollumfänglich zumutbar. Die Arbeitsfähigkeit als Förster (richtig: Forstwart) oder Gärtnereiangestellter betrage bei voller Stundenpräsenz ca. 80%. Körperlich leichte Tätigkeiten, bei denen nicht regelmässig Gegenstände über 3 bis 5 kg gehoben oder getragen und keine unphysiologisch gebeugte Körperhaltung regelmässig eingenommen werden müsse, seien dem Beschwerdeführer vollumfänglich zumutbar (Arbeitsfähigkeit 100%; IV-act. 24-4).

A.d Nachdem der Versicherte gegenüber dem Berufsberater betont hatte, dass er zuerst die anderen Probleme in seinem Leben lösen möchte und auf die Hilfestellung der IV vorerst verzichte (Schlussbericht vom 24. Februar 2005, IV-act. 33), schloss die Berufsberatung am 24. Februar 2005 den Fall ab, da die Suchtproblematik (Cannabiskonsum) sowie die diagnostizierte ADHS den Versicherten daran hinderten, eine berufliche Neuorientierung bzw. berufliche Massnahmen anzugehen (Schlussbericht Berufsberatung, IV-act. 33). Die IV-Stelle erliess am 3. März 2005 eine Mitteilung über den Abschluss beruflicher Massnahmen (IV-act. 36).



St.Galler Gerichte

A.e Der Beschwerdeführer meldete sich am 3. November 2005 unter Hinweis auf ausgeprägte ADHS-Symptome und Rückenprobleme seit der Ausbildung zum Forstwart erneut bei der IV zum Leistungsbezug an (IV-act. 37).

A.f Die Berufsberatung schloss die berufliche Abklärung am 27. Februar 2007 ab, da sich der Versicherte zur Teilnahme an beruflichen Massnahmen nicht in der Lage fühle bzw. daran nicht interessiert sei. Die vom RAD geforderte Prüfung der praktischen Eingliederungsfähigkeit habe nicht durchgeführt werden können. Aufgrund des gezeigten Verhaltens mit teils aggressiven Durchbrüchen und teils unrealistischen Ansichten und Forderungen an die Gesellschaft sei die praktische Eingliederungsfähigkeit ebenfalls in Frage gestellt bzw. der Versicherte keinem Arbeitgeber zumutbar. In Anbetracht dieser Umstände sei die Verwertbarkeit aus Sicht der Berufsberatung nur in einem geschützten Rahmen gegeben und keinesfalls in der freien Wirtschaft (Schlussbericht Berufsberatung, IV-act. 61-1 f.). Mit Mitteilung vom 22. Mai 2007 setzte die IV-Stelle den Versicherten über den Abschluss der Berufsberatung in Kenntnis (IV-act. 68) und stellte ihm mit Vorbescheid vom selben Tag in Aussicht, das Rentenbegehren bei einem Invaliditätsgrad von 10 % abzuweisen (IV-act. 70). Der Versicherte erhob dagegen am 13. Juli 2007 Einwand (IV-act. 76) und erklärte sich gegenüber der IV-Stelle bereit, an beruflichen Abklärungen mitzuwirken (IV-act. 78). Mit Verfügung vom 9. April 2008 erteilte die IV-Stelle Kostengutsprache für eine berufliche Abklärung in der Dreischiibe vom 31. März bis 15. August 2008 (IV-act. 87). Am 26. September 2008 beantragte der Berufsberater die Rentenprüfung. Die Abklärung in der Dreischiibe habe nach wenigen Tagen abgebrochen werden müssen. Die Bereitschaft des Versicherten, sich einzulassen und das Beste zu geben, sei spürbar gewesen. Der Versicherte fühle sich aufgrund Schwindels sowie Rückenbeschwerden im Moment nicht in der Lage, eine berufliche Massnahme durchzustehen (Schlussbericht Berufsberatung, IV-act. 92).

A.g Im Arztbericht des Psychiatrischen Zentrums St. Gallen vom 28. Mai 2009 wurde festgehalten, die dortige ambulante Behandlung in Form von derzeit lockeren Gesprächen alle zwei Monate finde seit 16. April 2008 statt. Im Vordergrund ständen eine Angst-/Panikstörung sowie die durch die persistierende ADHS bedingten kognitiven Auffälligkeiten wie Konzentrationsstörungen, Gedächtnisauffälligkeiten sowie Aufmerksamkeitsstörung. Ebenso erscheine die mangelnde Kompetenz in



St.Galler Gerichte

Planung und Durchführbarkeit von alltäglichen Aufgaben, welche sich in spezifischen beruflichen Anforderungen mit hoher Wahrscheinlichkeit auch auswirken dürften, glaubhaft. Die Behandlung erschwere sich durch die emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom impulsiven Typ sowie den Beikonsum von Cannabis und Heroin. Eine Wiedereingliederungsmassnahme sei bei besserer Compliance und regelmässiger psychiatrischer Behandlung mit einer Arbeitsfähigkeit von 50% möglich (IV-act. 104-3f.).

A.h Der Versicherte wurde durch die Psychiatrischen Dienste Süd, Klinik St. Pirminsberg, Forensischer Dienst, begutachtet (Gutachten Klinik Pfäfers vom 24. März 2010, IV-act. 110). Der Gutachter hielt fest, betrachte man die Krankheitsentwicklung im Längsverlauf unter Einbezug der fremdanamnestischen Angaben sowie der Querschnittsuntersuchungen im Rahmen der Exploration, so sei unstreitig, dass der Beschwerdeführer seit Kindheit an einer ADHS leide und dass sich, möglicherweise hierdurch begünstigt, sekundär in der Adoleszenz zusätzlich eine Abhängigkeitserkrankung (sog. Polytoxikomanie) ausgebildet habe (IV-act. 110-53). Der Drogenabusus könne als Versuch einer missglückten Selbsttherapie angesehen werden (IV-act. 110-58, 61). Der Gutachter empfahl eine Suchtbehandlung auf einer Spezialstation für Doppeldiagnosen, eine medikamentöse Einstellung mittels länger wirksamen Stimulanzien (Ritalin, Concerta), eine psychiatrisch/psychotherapeutische Begleitung (inkl. ADHS-Coaching) sowie Verhaltenstherapie (Ergo- und Arbeitstherapie; IV-act. 110-58 f., 62 f.). Die bisherige Tätigkeit als Forstwart sei grundsätzlich möglich, mit Einschränkung des Umgangs mit gefährlichen Maschinen oder Arbeiten mit Gefahr durch Unachtsamkeit (Arbeiten in grosser Höhe; IV-act. 110-61, 62). Aus psychiatrischer Sicht bestehe aktuell eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit von bis zu 50%. Durch die vorgeschlagenen Therapien (optimale medikamentöse und sozialintegrativ-psychiatrische Behandlung und Drogenabstinenz) dürfte die Arbeitsfähigkeit über längere Zeit steigerbar sein (IV-act. 110-63, 65). Die Therapieoptionen seien noch nicht ausgeschöpft und das vorgeschlagene Behandlungssetting (vollstationär, teilstationär) sei im Sinne der Mitwirkungspflicht zumutbar (IV-act. 110-63, 64). Aktuell sei eine direkte Eingliederung in der freien Wirtschaft verfrüht. Bei dieser Einschätzung sei aber nicht klar, inwieweit ein möglicher Konsum von Heroin, Cannabis oder anderen Substanzen das Bild des Beschwerdeführers verschlechtert habe. Mittelfristig sei der Wechsel aus einem



arbeitsintegrativ-geschützten Rahmen in eine anfangs tagesklinische und später ambulante Anbindung möglich. Dannzumal sei die Arbeitsfähigkeit in der freien Wirtschaft neu einzuschätzen (IV-act. 110-66). RAD-Arzt Dr. E.____ nahm am 3. Juni 2010 Stellung, auf das Gutachten könne in vollem Umfang zurückgegriffen werden. Auflagen bezüglich Schadenminderungs-/Mitwirkungspflicht seien notwendig zum Ausschluss eines Beigebrauchs bei laufender Methadonsubstitution, um damit die Überleitung in arbeitstrainierende Massnahmen erreichen zu können (IV-act. 111-2).

A.i Die IV-Stelle erliess am 7. Juni 2010 Auflagen: Der Versicherte habe sich einer fachärztlichen psychiatrischen Behandlung und einer voll-/tagesstationären Einstellung auf Stimulantien und einer langfristigen psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung mit Suchtmittelkontrollen mit aktiver Mitwirkung zu unterziehen. Sie wies dabei auf die gesetzlichen Folgen der Missachtung hin (vorübergehende oder dauernde Kürzung oder Verweigerung der Leistungen, Verfügung aufgrund der Akten oder Nichteintreten; IV-act. 112).

A.j Die behandelnden Ärzte des Ambulatoriums des Psychiatriezentrums St. Gallen hielten im Arztbericht vom 1. Oktober 2010 (IV-act. 121) fest, der Versicherte sei zwischen 2008 und November 2009 in ein- bis zweimonatigem Abstand (ambulante Gespräche) behandelt worden und habe sich Anfang September 2010 wieder gemeldet. Als Diagnosen, welche Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätten, nannten sie eine ADHS mit Konzentrations- und Behandlungsschwierigkeiten und kognitiven Auffälligkeiten, mit Persistenz im Erwachsenenalter (ICD-10: F90.0), episodisch auftretende Panikattacken, zurzeit ca. alle zwei Wochen einmal (ICD-10: F41.0), sowie psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide, schädlicher Gebrauch (ICD-10: F12.1). Zusammenfassend seien vor allem die Schwierigkeiten in Planung und Strukturierung und Organisation des eigenen Lebens sowie die rezidivierenden Angstbeschwerden für die Arbeitsunfähigkeit massgebend (IV-act. 121-2). Eine Verbesserung der Symptomatik sei nur durch eine engmaschige strukturierende Begleitung, z.B. in einer betreuten Wohngemeinschaft, möglich (IV-act. 121-2). Ein Arbeitsablauf könne wegen der Unstrukturiertheit und Desorganisation des Versicherten nur schwer gewährleistet werden. Er benötige eine intensive Betreuung und Anleitung in den einzelnen Arbeitsschritten (IV-act. 121-3). Wegen der mangelnden Compliance und Absprachefähigkeit, welche jedoch als Teil des Krankheitsbildes zu



St.Galler Gerichte

werten seien, seien keine Tätigkeiten zumutbar. Eine Verbesserung der Symptomatik wäre durch engmaschige Betreuungsstrukturen (Wohn- und Arbeitsbegleitung) zu gewährleisten, welche der Versicherte jedoch ablehne (IV-act. 121-7).

A.k RAD-Arzt Dr. E.____ nahm am 2. November 2010 Stellung, bei grosszügiger Betrachtungsweise seien die Auflagen vom 7. Juni 2010 durch die wieder aktivierte Betreuung im Ambulatorium und verbesserte Zusammenarbeit mit der Spitex erfüllt. Die Eingliederung auf dem freien Arbeitsmarkt sei derzeit sicherlich nicht möglich; es bestehe eine Arbeitsfähigkeit angestammt und adaptiert von derzeit 0% (IV-act. 124).

A.l Gemäss Verlaufsbericht des Psychiatriezentrums St. Gallen, Ambulatorium, vom 15. April 2011 (IV-act. 130) war der Gesundheitszustand stationär. Neu wurden eine generalisierte Angststörung (ICD-10: F41.1) und eine rezidivierende depressive Störung (ICD-10: F33) diagnostiziert. Seit Oktober 2010 erfolgten regelmässig alle drei bis vier Wochen psychiatrisch/psychotherapeutische Gespräche. Der Beschwerdeführer werde nach wie vor zur Unterstützung seiner Alltagsbewältigung durch die psychiatrische Spitex betreut, dies mit dem Schwerpunkt der Alltagsstrukturierung und der Organisation des Haushaltes (IV-act. 130-2). Es bestehe weiterhin eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit aufgrund der im Rahmen des Krankheitsbildes bestehenden Schwierigkeiten in der Absprachefähigkeit und der verminderten Frustrationstoleranz (IV-act. 130-3 f.). Dr. E.____ schätzte die Arbeitsfähigkeit in abweichender Beurteilung derselben Sachlage (keine neuen fallrelevanten Gesichtspunkte gegenüber dem Gutachten vom 24. März 2010) auf 50%, steigerbar bei Drogenabstinenz und medikamentöser Behandlung der ADHS. Gemäss der behandelnden Ärztin sei von der Behandlung mit Ritalin/Concerta bislang wegen der Suchtdiathese abgesehen worden (Stellungnahme vom 3. Mai 2011, IV-act. 131).

A.m Die IV-Stelle erliess am 4. Mai 2011 gestützt auf die Schadenminderungs- und Mitwirkungspflicht die Auflagen, eine medikamentöse ADHS-Therapie durchzuführen und sich einem konsequenten Drogenentzug (Cannabis) zu unterziehen (IV-act. 132). Der Versicherte teilte der IV-Stelle am 28. Mai 2011 mit, er wolle die fachärztliche Behandlung beim Sozialpsychiatrischen Dienst St. Gallen beginnen (IV-act. 133). Die IV-Stelle forderte ihn mit Schreiben vom 6. Juni 2011 (IV-act. 134) und vom 5. August 2011 (IV-act. 136) auf, ihr den Termin des Behandlungsbeginns mitzuteilen bzw. die



Auflagen zu erfüllen. Am 30. August 2011 erliess sie androhungsgemäss die Verfügung, auf das Leistungsbegehren nicht einzutreten (IV-act. 137). Nachdem der Versicherte gegen diese Verfügung am 8. September 2011 Beschwerde erhoben (IV-act. 138-2 f.) und das Ambulatorium des Psychiatrischen Zentrums St. Gallen ihm am 9. September 2011 bescheinigt hatte, er nehme seit 9. September 2010 therapeutische Gesprächstermine wahr und zeige eine gute Kooperationsbereitschaft und Veränderungsmotivation (IV-act. 142), widerrief die IV-Stelle am 26. September 2011 die Verfügung vom 30. August 2011 (IV-act. 146) und das Versicherungsgericht schrieb das hängige Beschwerdeverfahren am 26. Oktober 2011 ab (IV 2011/275; IV-act. 149).

A.n Das Psychiatriezentrum St. Gallen erwähnte im Verlaufsbericht vom 4. November 2011 neu den Verdacht auf eine posttraumatische Belastungsstörung. Seit dem Bericht vom 15. April 2011 seien keine deutlichen Veränderungen eingetreten. Zur Behandlung der ADHS sei eine medikamentöse Behandlung mit Concerta begonnen worden; eine Evaluation der Auswirkungen auf den Alltag sei noch ausstehend (IV-act. 151; vgl. auch Bericht vom 2. Juli 2012, IV-act. 169-13 f.). RAD-Arzt Dr. E.____ nahm am 29. Dezember 2012 Stellung, aus seiner Sicht bleibe es bei der Arbeitsfähigkeit von 50%. Die Mitwirkungs- und Schadenminderungsaufgaben könnten insgesamt als erfüllt angesehen werden, seien aber weiterhin zu erfüllen (IV-act. 153).

A.o Die Ärzte des Psychiatrischen Zentrums Appenzell Ausserrhoden führten im Arztbericht vom 15. November 2012 (IV-act. 169-25 ff.) aus, der Versicherte sei seit Juli 2012 in aktuell integrierter psychiatrischer Behandlung mit regelmässigen supportiven Gesprächen in ein- bis zweiwöchigen Abständen zur weiteren Förderung und Aufrechterhaltung der psychischen Stabilität und Ressourcenaktivierung (IV-act. 169-25, 28). Es bestehe ein sehr komplexes Krankheitsbild mit mehreren schweren Störungen (IV-act. 169-27). Konzentrations- und Auffassungsvermögen seien massiv, die Anpassungsfähigkeit sei mittelgradig und die Belastbarkeit stark eingeschränkt (IV-act. 169-30). Als positiv seien seine Motivation zur Behandlung zu bewerten und die Tatsache, dass er die Termine regelmässig und zuverlässig wahrnehme und insgesamt eine gute Compliance zeige (IV-act. 169-27). Eine berufliche Massnahme (auch im geschützten Rahmen) würde zum aktuellen Zeitpunkt für den Versicherten eine Überforderung darstellen und wäre mit einem hohen Rückfallrisiko verbunden (IV-act. 169-28).



St.Galler Gerichte

A.p RAD-Arzt Dr. E.____ vermerkte am 4. März 2013, eine berufliche Massnahme sei derzeit auch in geschütztem Rahmen nicht durchführbar (IV-act. 177). Die zuständige Sachbearbeiterin trug im Strategieprotokoll am 22. März 2013 ein, gemäss RAD bestehe eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit für jegliche Tätigkeit im ersten und zweiten Arbeitsmarkt. Die beruflichen Massnahmen seien abzuschliessen (IV-act. 174-2). Am 2. Mai 2013 erliess die IV-Stelle die Mitteilung, aufgrund des Gesundheitszustandes seien keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen möglich (IV-act. 176).

A.q Im Verlaufsbericht vom 3. Juli 2013 führten die behandelnden Ärzte des Psychiatrischen Zentrums Herisau aus, das Therapieintervall sei bis Frühjahr 2012 regelmässig zweimal monatlich, seither einmal monatlich. Die Einleitung einer Arbeitstherapie im November/Dezember 2012 sei mangels Motivation gescheitert. Berufliche Massnahmen seien aktuell absolut unrealistisch (IV-act. 180-2). RAD-Arzt Dr. E.____ nahm am 22. Juli 2013 erneut Stellung, die Möglichkeiten für berufliche Massnahmen seien hinreichend evaluiert worden und diese hätten sich als undurchführbar erweisen. Auf dem ersten Arbeitsmarkt bestehe keine Arbeitsfähigkeit (0%). Die Frage nach der zumutbaren Willensanspannung zur Überwindung des offensichtlich avoluntativ-amotivationalen Zustandes sei durch eine neuropsychologisch-psychiatrische Begutachtung zu beantworten (IV-act. 186-2).

A.r In der Folge liess die IV-Stelle den Versicherten psychiatrisch (Dr.med. C.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, Gutachten vom 11. Dezember 2013, IV-act. 192-1 ff.) und neuropsychologisch (Dr.phil. F.____, Fachpsychologe FSP; Gutachten vom 23. November 2013, IV-act. 192-107 ff.) begutachten. Der neuropsychologische Gutachter kam zum Ergebnis, es sei von einer ADHS auszugehen. Dieses bestehe seit der Kindheit (IV-act. 192-120). Es seien keine leistungseinschränkende Verhaltensweisen feststellbar. Es sei davon auszugehen, dass die erzielten Testergebnisse der tatsächlichen neurokognitiven Leistungsfähigkeit entsprächen (IV-act. 192-121). Die Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt ohne Betreuung sei mit 100%-iger Präsenzzeit zumutbar. Es müsse sich um eine überschaubare und geregelte, repetitiv gestaltete Erwerbstätigkeit mit vermindertem Produktionsdruck handeln (IV-act. 192-122 f.). Der psychiatrische Gutachter diagnostizierte eine rezidivierende depressive Störung, die allerdings offensichtlich seit längerer Zeit remittiert sei (ICD-10: F33.4; IV-act. 192-90, 92 f.), eine



Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung im Erwachsenenalter (ICD-10: F90; IV-act. 192-90, 93 f.) sowie Psychische und Verhaltensstörungen durch Opiode, Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtig Teilnahme an ärztlich überwachtem Methadonprogramm (ICD-10: F11.22; IV-act. 192-90). Der Beschwerdeführer sei auf eine überschaubare und geregelte, repetitiv gestaltete Erwerbstätigkeit mit vermindertem Produktionsdruck angewiesen (IV-act. 192-98). Die Ausübung der bisherigen Tätigkeit sei ganztags möglich. Seien die Kriterien einer ideal adaptierten Tätigkeit erfüllt, sei die Leistungsfähigkeit nicht eingeschränkt (IV-act. 192-98). Die Arbeitsfähigkeit nehme umso mehr ab, je weniger die Kriterien der ideal adaptierten Tätigkeit erfüllt seien (IV-act. 192-97). Die Eingliederung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt sei möglich und der Versicherte einem Arbeitgeber zumutbar (IV-act. 192-102). Es sei davon auszugehen, dass sich die beschriebene Einschränkung seit Beginn der Ausbildung auf die Arbeitsfähigkeit auswirke (IV-act. 192-99).

A.s RAD-Arzt Dr. E.____ befand am 9. Januar 2014, auf das Gutachten könne vollumfänglich abgestellt werden. In einer ideal angepassten Tätigkeit bestehe eine 100%-ige Arbeitsfähigkeit in zeitlich vollem Pensum mit voller Leistung. Die angestammte Tätigkeit als Forstwart entspreche nicht einer ideal leidensangepassten Tätigkeit, diesbezüglich sei die Einschränkung auf leidensangepasste Tätigkeiten bereits ab der Ausbildungszeit zu unterstellen. Eine Tätigkeitseingliederung sei ab sofort möglich (IV-act. 193).

A.t Auf Anfrage der Rentenabteilung veranlasste die Eingliederungsberatung ein Assessment zur Prüfung der Leistungsfähigkeit respektive Verwertbarkeit der Arbeitsfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt, wenn möglich in der angestammten Tätigkeit, im Rahmen einer beruflichen Abklärung oder eines Arbeitsversuches (IV-act. 193, 203). Im Strategieprotokoll vom 21. März 2014 kamen die Sachbearbeiterin berufliche Massnahmen, die Eingliederungsberaterin sowie RAD-Arzt Dr. E.____ zum Schluss, die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Forstwart betrage 0%, da körperlich strenge Tätigkeiten dauerhaft nicht mehr geeignet seien und wegen Fremdgefährdung. In adaptierten Tätigkeiten bestehe gemäss Gutachten eine Arbeitsfähigkeit von 100%. Aufgrund der störungsimmanenten Schwankungen könne mit einer ca. 75%-igen Arbeitsfähigkeit gerechnet werden. Der Versicherte habe einen theoretischen Umschulungsanspruch, könne diesen aktuell aber nicht umsetzen. Die



Eingliederungsberaterin werde den Versicherten bei der Stellenvermittlung begleiten und gegebenenfalls eine berufliche Abklärung zur Prüfung der Verwertbarkeit der medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit in einem konkreten Berufsfeld veranlassen (IV-act. 204-2f.).

A.u Der Versicherte nahm ab 14. April 2014 im Rahmen der tagesklinischen Behandlung an drei Nachmittagen pro Woche an der Arbeitstherapie in der Schreinerei teil. Die behandelnde Ärztin des Psychiatricentrum Appenzell Ausserrhoden hielt fest, nach dem Tod der Grosseltern, eines Bekannten und der Trennung von seiner langjährigen Partnerin sei der psychische Zustand auf niedrigem Niveau stabil. Die geplante Pensumssteigerung habe noch nicht umgesetzt werden können. Gemäss dem Therapeuten habe sich der Versicherte zunächst interessiert und motiviert gezeigt. Nach den erwähnten Schicksalsschlägen habe er sich zu den Eltern zurückgezogen, sei nach den Herbstferien erkrankt und sei schliesslich kaum mehr erreichbar gewesen (Arztbericht vom 17. November 2014, IV-act. 213-1 f.; Bericht des Therapeuten vom 10. November 2014, IV-act. 213-5). Im Verlaufsbericht vom 22. April 2015 (IV-act. 223-2 ff.) führte sie aus, sogar minimale Veränderungen in der Wochenstruktur führten zumeist zu Überforderung und sozialem Rückzug. So habe auch die geplante Steigerung des arbeitstherapeutischen Pensums nicht wie vorgesehen stattfinden können (IV-act. 223-2). In Anbetracht des bisherigen Verlaufs sei die Aufnahme einer Beschäftigung im ersten Arbeitsmarkt auch mittel- und langfristig unrealistisch. Bereits die sehr überschaubaren Anforderungen im Rahmen der gegenwärtigen Therapie führten an die Grenzen der Belastbarkeit (IV-act. 223-5). Am 23. Dezember 2014 vermerkte RAD-Arzt Dr. E.____, dass auf dem ersten Arbeitsmarkt derzeit noch keine durchsetzbare Arbeitsfähigkeit bestehe. Es seien jedoch gute therapeutische Ansätze erkennbar, die zur Hoffnung berechtigen würden, dass eine Beschäftigung auf dem ersten Arbeitsmarkt innerhalb von einem bis anderthalb Jahren erreichbar sei. Es stelle sich somit als Alternative die Frage nach Integrationsmassnahmen (basierend auf einer 50%-igen Arbeitsfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt in ein bis anderthalb Jahren) sowie nach einer zeitlich befristeten Berentung mit einer Rentenrevision spätestens in zwei Jahren (IV-act. 215). Aufgrund dieser RAD-Stellungnahme sowie der Tatsache, dass das Arbeitspensum im tagesklinischen Rahmen nicht gesteigert werden konnte und somit längerfristig noch nicht mit einer verwertbaren Arbeitsfähigkeit zu rechnen war, wurden die beruflichen Massnahmen wiederum abgeschlossen (IV-act. 217 - 219).



RAD-Arzt Dr. E.____ hielt die seit dem Verlaufsbericht vom 17. November 2014 beschriebene Verschlechterung in der Stellungnahme vom 13. Mai 2015 für nicht nachvollziehbar. Objektiviert sei im Längsverlauf keine Veränderung der Befunde eingetreten. Es bleibe damit bei der gutachterlichen Beurteilung von Dr. C.____ (IV-act. 224-2). Weitere medizinische Abklärungen seien nicht notwendig (IV-act. 224-3).

A.v Mit Vorbescheid vom 3. August 2015 stellte die IV-Stelle dem Versicherten in Aussicht, das Rentengesuch abzuweisen (Invaliditätsgrad 0%; IV-act. 227). Im Einwand vom 21. September 2015 liess der Versicherte im Wesentlichen geltend machen, das Gutachten von Dr. C.____ sei widersprüchlich und unvollständig hinsichtlich der Überwindbarkeits- bzw. Zumutbarkeitsbeurteilung (IV-act. 233-4). Nachdem weitere Stellungnahmen von Dr. E.____ (vom 28. Oktober 2015, IV-act. 234, und vom 26. November 2015; IV-act. 237) und von Dr. C.____ (vom 16. November 2015, IV-act. 236) eingeholt worden waren, die an der 100%-igen Arbeitsfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten festhielten, wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren mit Verfügung vom 1. Dezember 2015 unter Verweis auf die genannten Stellungnahmen ab. Gemäss Gutachten vom Dezember 2013 bestehe in leidensangepasster Tätigkeit weiterhin eine 100%-ige Arbeitsfähigkeit. Der Gesundheitszustand habe sich seit diesem Gutachten nicht dauerhaft verschlechtert. Mit der vollen Arbeitsfähigkeit selbst in der angestammten Tätigkeit entfalle der Anspruch auf einen Leidensabzug beim Invalideneinkommen (IV-act. 238).

B.

B.a Gegen die Verfügung vom 1. Dezember 2015 lässt A.____, vertreten durch Rechtsanwalt lic.iur. Thomas Bolt, am 15. Januar 2016 Beschwerde erheben. Er beantragt, die angefochtene Verfügung sei unter Kosten- und Entschädigungsfolgen aufzuheben. Es sei ihm eine ganze Rente auszurichten. Eventualiter sei ein neues psychiatrisches Gutachten einzuholen bzw. die Sache zur weiteren (medizinischen) Abklärung an die Vorinstanz zurückzuweisen. In der Beschwerdebegründung vom 1. Februar 2015 (act. G 3) macht der Beschwerdeführer geltend, das Gutachten von Dr. C.____ sei nicht schlüssig und zumindest teilweise widersprüchlich. Der Gutachter habe sich nur ungenügend mit den Beurteilungen der Arbeitsfähigkeit der behandelnden Ärzte und Fachpersonen auseinandergesetzt. Dr. C.____ habe das vom behandelnden



Dr. F.____ beschriebene Beschwerdebild in unzulässiger Weise reduziert. Vor allem habe er die behauptete Überwindbarkeit der Auswirkungen der psychischen Störungen überhaupt nicht begründet. Das Gutachten genüge den Anforderungen an ein strukturiertes Beweisverfahren in keiner Weise. Der behandelnde Dr. F.____ werte die fehlende Compliance als Teil des Krankheitsbildes, weshalb nicht ohne eingehende Auseinandersetzung mit dieser Problematik eine Überwindbarkeit unterstellt werden könne. Dass er nur im geschützten Rahmen einer Arbeitstätigkeit nachgehen könne, lasse sich mit den von Dr. C.____ beschriebenen Adaptationskriterien "überschaubar, geregelt, repetitiv, mit vermindertem Produktionsdruck" zumindest vereinbaren. Die Forderung eines verminderten Produktionsdrucks widerspreche der attestierten uneingeschränkten Leistungsfähigkeit. Die Beschwerdegegnerin gehe in der angefochtenen Verfügung im Widerspruch zum Gutachten davon aus, dass er selbst in der angestammten Tätigkeit voll arbeitsfähig sei, weshalb kein Leidensabzug gewährt werde. Aufgrund der unüberbrückbaren Widersprüche und der Unvollständigkeit hinsichtlich der Überwindbarkeits- und Zumutbarkeitsbeurteilung sei ein neues psychiatrisches Gutachten einzuholen. Dr. E.____ habe in seiner Stellungnahme vom 13. Mai 2015 gegenüber derjenigen vom 23. Dezember 2014 eine nicht nachvollziehbare Kehrtwende vollzogen, offenbar gestützt auf die Aussage gegenüber der Eingliederungsverantwortlichen, dass er sich eine Ausbildung nicht vorstellen und nur in geschütztem Rahmen arbeiten könne. Diese lasse sich mit der krankheitsbedingt fehlenden Compliance begründen. Völlig unberücksichtigt geblieben seien auch die nach wie vor anhaltenden Rückenbeschwerden. Gemäss RAD-Stellungnahme vom 23. Dezember 2014 könnte er adaptierte Tätigkeiten allenfalls in ein bis eineinhalb Jahren auf dem ersten Arbeitsmarkt im Umfang von 50% ausüben. Unter Berücksichtigung eines Leidensabzuges von 25% ergäbe sich ein Invaliditätsgrad von 62,5%, mithin ein Anspruch auf eine Dreiviertelsrente, und bis zum Ablauf der genannten Integrationsdauer auf eine ganze Rente. Aufgrund seiner massiven ADHS-Problematik könne er nur in einer geschützten Institution einer Arbeitstätigkeit nachgehen. Ein Erwerbseinkommen lasse sich angesichts der hohen Betreuungskosten nicht erzielen. Schon deshalb sei ihm eine ganze IV-Rente zuzusprechen. Als Valideneinkommen sei das Einkommen eines gelernten Forstwarts zugrunde zu legen (act. G 3).

B.b Mit Beschwerdeantwort vom 17. Februar 2016 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Dr. C.____ habe alle massgebenden Arztberichte



St.Galler Gerichte

studiert und in die Beurteilung mit einbezogen. Zudem setze er sich mit anderen medizinischen Einschätzungen auseinander. Er habe die Arbeitsfähigkeit medizinisch-theoretisch und nicht sozial-praktisch eingeschätzt und iv-fremde Faktoren ausgeklammert. Weiter sei zu berücksichtigen, dass behandelnde Ärzte aufgrund ihrer auftragsrechtlichen Stellung überwiegend zugunsten ihrer Patienten aussagen würden. Das Gutachten enthalte eine vollständige Anamnese, berücksichtige die geklagten Beschwerden, enthalte eine ausführliche Herleitung der Diagnosen, leuchte in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge ein und enthalte begründete Schlussfolgerungen. Dadurch sei es voll beweiskräftig. Es treffe nicht zu, dass es für den Beschwerdeführer auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt keine Arbeitsstelle gebe. Aufgrund des verminderten Produktionsdruckes könne ein leidensbedingter Abzug von 10% gewährt werden. (Dennoch) bestehe bei einem Invaliditätsgrad von 18% kein Anspruch auf eine Invalidenrente. Es seien keine unklaren syndromalen Beschwerdebilder diagnostiziert worden, weshalb sich eine Prüfung nach dem strukturierten Beweisverfahren erübrige (act. G 5).

B.c Die Abteilungspräsidentin bewilligt am 19. Februar 2016 die unentgeltliche Rechtspflege (Befreiung von den Gerichtskosten, unentgeltliche Rechtsverbeiständung; act. G 6).

B.d Mit Replik vom 23. Mai 2016 trägt der Beschwerdeführer vor, gemäss Einschätzung mehrerer behandelnder und begutachtender Ärzte sei ihm aufgrund der multiplen psychischen Störungen, der krankheitsbedingten Desorganisation und der mangelnden Compliance eine Arbeitstätigkeit nur in einem geschützten Rahmen bzw. nur bei intensiver Betreuung, Anleitung und engmaschiger Kontrolle möglich. Dr. C. ___ bestätige zwar im Wesentlichen die Diagnosen der behandelnden Psychiater, lege jedoch nicht konkret dar, weshalb es ihm trotz vielfältiger Störungen insbesondere in Anbetracht der geringen Belastbarkeit, Frustrations- und Stresstoleranz sowie der pathologisch fehlenden Compliance möglich sein soll, im ersten Arbeitsmarkt zu 100% erwerbstätig zu sein. Er unterstelle ihm ohne nähere Begründung, er könne die zugestandenermassen arbeitsrelevanten Defizite überwinden bzw. man könne von ihm erwarten, dass er die für seine Störung indizierte Behandlung in Anspruch nehme. Die Behandelbarkeit bzw. Therapierbarkeit einer psychischen Störung sage jedoch für sich alleine betrachtet nichts über den invalidisierenden Charakter aus. Das Gutachten von



St.Galler Gerichte

Dr. C.____ sei weder vollständig noch schlüssig und gebe auf die rechtlich relevanten Fragen keine nachvollziehbaren Antworten. Dr. C.____ sei der von der IV-Stelle des Kantons St. Gallen mit Abstand meist beschäftigte Gutachter. Es sei offensichtlich, dass er von der Verwaltung wirtschaftlich abhängig sei. Ebenfalls weise die markante Steigerung der Gutachtenshäufigkeit bei Dr. C.____ auf eine ergebnisorientierte Vergabepaxis bei der IV-Stelle St. Gallen hin. Seinen Gutachten mangle es deshalb wegen Voreingenommenheit a priori an der notwendigen Objektivität. (act. G 14).

B.e Die IV-Stelle verzichtet am 7. Juni 2016 auf eine Duplik (act. G 16).

B.f Mit Eingabe vom 25. Mai 2018 (act. G 18) reicht der Beschwerdeführer Austrittsberichte und einen Zwischenbericht des Psychiatrischen Zentrums Appenzell Ausserrhoden vom 30. Januar 2017 (act. G 18.1), vom 15. Dezember 2017 (act. G 18.3) und vom 21. April 2018 (act. G 18.4) sowie ein Attest von Dr.med. G.____, Allgemeine Medizin FMH, vom 28. August 2017 (act. G 18.2) zu den Akten. Er macht geltend, auch aufgrund dieser Berichte sei evident, dass seine Arbeits- und Erwerbsfähigkeit erheblich eingeschränkt sei (act. G 18).

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 nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

1.2 Nach der Rechtsprechung führen reine Suchterkrankungen nicht zu einer Invalidität im Sinne des Gesetzes, soweit sie allein leistungsmindernd wirken. Dagegen



werden sie im Rahmen der Invalidenversicherung relevant, wenn sie ihrerseits eine Krankheit oder einen Unfall bewirkt haben, in deren Folge ein körperlicher oder geistiger, die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigender Gesundheitsschaden eingetreten ist, oder wenn sie selber Folge eines eigenständigen körperlichen oder geistigen Gesundheitsschadens sind, welcher die Betäubungsmittelabhängigkeit aufrecht erhält oder deren Folgen massgeblich verstärkt (BGE 124 V 268 E. 3c; Urteile des Bundesgerichts vom 19. August 2013, 9C_856/2012, E. 2.2.2, und vom 10. April 2018, 9C_620/2017, E. 2.2.2). Der mit der Sucht zusammenhängende Gesundheitsschaden muss ausreichend schwer sein bzw. die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit einschränken. Dabei ist das ganze für die Sucht massgebende Ursachen- und Folgespektrum in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen, was impliziert, dass einer allfälligen Wechselwirkung zwischen Suchtmittelabhängigkeit und psychischer Begleiterkrankung Rechnung zu tragen ist. Für die Frage der noch zumutbaren Erwerbstätigkeit sind die psychischen und die suchtbedingten Beeinträchtigungen gesamthaft zu berücksichtigen. Die Frage nach der objektiv zu verstehenden Zumutbarkeit einer Tätigkeit beurteilt sich entscheidend nach dem, was der Arzt, im Kontext der Psychiater als Facharzt, dazu sagt (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 23. Mai 2014, 8C_906/2013, E. 2.2, mit weiteren Verweisen).

1.3 Anspruch auf eine Rente haben Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Art. 28 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid (Art. 8 ATSG) sind (Art. 28 Abs. 1 lit. c IVG). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG 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).

1.4 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). 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 und -ärztinnen, 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). Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen (vgl. BGE 126 V 360 E. 5b; BGE 125 V 195 E. 2, je mit Hinweisen).



2.

Der vorliegend zu beurteilende Sachverhalt erstreckt sich über einen Zeitraum von zehn Jahren. Zu prüfen sind die Ergebnisse der medizinischen sowie beruflich-erwerblichen Abklärungen. Medizinisch hauptsächliche Grundlage der angefochtenen Verfügung vom 1. Dezember 2015 (IV-act. 238) bildet das psychiatrische Gutachten von Dr. C.____ vom 11. Dezember 2013 (IV-act. 192). Zu prüfen ist dessen bestrittene Beweistauglichkeit.

2.1 Die für die Arbeitsfähigkeit vorwiegend relevante Diagnose der einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ICD-10: F90.0) wurde seit dem Gutachten von med.prakt. D.____ vom 13. Oktober 2003 (IV-act. 18-16) aus psychiatrischer Sicht durchgängig gestellt (Arztbericht Psychiatrisches Zentrum St. Gallen vom 28. Mai 2009, IV-act. 104; Gutachten Klinik Pfäfers vom 24. März 2010, IV-act. 110-57, 59 f.; Arztbericht Psychiatriezentrum St. Gallen vom 1. Oktober 2010, IV-act. 121; Arztbericht Psychiatrisches Zentrum Appenzell Ausserrhoden vom 15. November 2012, IV-act. 169-25) und durch eine neuropsychologische ADHS-Beurteilung bestätigt (IV-act. 192-119 f.). Nachvollziehbar erklärt der Gutachter sodann, die im Arztbericht des Psychiatrischen Zentrums Appenzell Ausserrhoden vom 15. November 2012 aufgeführte (Verdachts-)Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung (IV-act. 169-25) sei nicht plausibel, weil das Traumakriterium nicht erfüllt sei und die Symptomatik nicht dieser Diagnose entspreche (IV-act. 192-93). Auch im Verlaufsbericht des Psychiatriezentrums St. Gallen vom 4. November 2011 (IV-act. 151), wo der Verdacht auf eine posttraumatische Belastungsstörung erstmals erwähnt worden war, waren die von Dr. C.____ bemängelten Diagnosekriterien nicht dargelegt worden. Dr. C.____ erhob beim Beschwerdeführer eine euthyme Grundstimmung und eine uneingeschränkte affektive Modulationsfähigkeit. Der Beschwerdeführer beschreibe Insuffizienzgefühle als ein Grundgefühl, innere Unruhe, rasche Reizbarkeit, verschiedene diffuse Ängste, eine aktuell nicht schlechte, schwankende Stimmung, eine Antriebsminderung und gelegentlich Lebensüberdross. Antrieb und Psychomotorik inklusive Mimik und Gestik bezeichnete der Gutachter als nicht auffällig (IV-act. 192-88). Die behandelnde Ärztin des Psychiatrischen Zentrums Appenzell hatte im Arztbericht vom 15. November 2012 festgehalten, es bestünden Stimmungsschwankungen, innere Unruhe, Insuffizienzgefühle und diffuse Ängste,



soziale Phobien, ein niedriges Selbstwertgefühl und eine geringe Frustrations- und Stresstoleranz und ein deutlich geminderter Antrieb (IV-act. 169-27). Diagnostiziert wurden von der behandelnden Ärztin unter anderem eine rezidivierende depressive Störung (ICD-10: F33.0) und eine generalisierte Angststörung (ICD-10: F43.1; IV-act. 169-26). Die Codierung entspricht einer gegenwärtig leichten depressiven Episode (H.DILLING/W. MOMBOUR/M.H. SCHMIDT, ICD-10, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, 10. Aufl., Bern 2015, S. 178). Die Ärztin führte aus, wegen der Stimmungsschwankungen und depressiven Einbrüche komme es zum sozialen Rückzug (IV-act. 169-28). Dem Beschwerdeführer wurde damals unter anderem das antidepressiv wirkende Trittico verordnet (IV-act. 169-28), dessen Einnahme wurde im Verlaufsbericht vom 3. Juli 2013 jedoch als zweifelhaft bezeichnet (IV-act. 180-1). Auswirkungen der depressiven Erkrankung wurden erst im Verlaufsbericht vom 17. November 2014, ein Jahr nach der Begutachtung, im Zusammenhang mit dem Tod der Grosseltern und der Trennung von seiner langjährigen Partnerin beschrieben; diese würden den Beschwerdeführer im Alltag aber nicht mehr so stark und dauerhaft behindern (IV-act. 213-1 f.). Somit scheint die von Dr. C.____ festgestellte Remission der depressiven Störung im Zeitpunkt seiner Begutachtung plausibel. Nachvollziehbar erscheint auch, dass Dr. C.____ zusätzlich zur einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung nicht eine (emotional-instabile) Persönlichkeitsstörung (mit eigenständigem Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit) diagnostiziert, weil auch im Rahmen der ADHS eine gewisse Impulsivität bestehe (IV-act. 192-94). Auch im Gutachten der Klinik Pfäfers vom 24. März 2010 wurden sowohl die Auffälligkeiten der Persönlichkeit und des Verhaltens als auch die affektive Symptomatik der Leitdiagnose ADHS zugeordnet (IV-act. 110-55). Der Gutachter med.prakt. Reger (Gutachten vom 13. Oktober 2003, IV-act. 18-22, 25) sowie die Ärzte im Ambulatorium Psychiatriezentrum St. Gallen (Arztbericht vom 1. Oktober 2010, IV-act. 121-1) diagnostizierten sowohl eine ADHS als auch eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom impulsiven Typus, führten letztere jedoch als Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit auf. Erst und ausschliesslich das Psychiatrische Zentrum Appenzell Ausserrhoden reihte die Persönlichkeitsstörung als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein (Arztbericht vom 15. November 2012, IV-act. 169-26). Somit überzeugt die Diagnosestellung im Gutachten Dr. C.____ gesamthaft gesehen.



2.2 Zur Arbeitsfähigkeit führte Dr. C.____ aus, der Beschwerdeführer sei auf eine überschaubare und geregelte, repetitiv gestaltete Erwerbstätigkeit mit vermindertem Produktionsdruck angewiesen (IV-act. 192-98). Seien die Kriterien einer ideal adaptierten Tätigkeit erfüllt, sei die Leistungsfähigkeit nicht eingeschränkt (IV-act. 192-98). Diese Einschätzung von Dr. C.____ stimmt mit derjenigen des neuropsychologischen Gutachters überein (IV-act. 192-122 f.). Dieser hatte testpsychologisch eine im Rahmen nicht leichter Aufgabenstellungen unterdurchschnittliche Konzentrationsleistung, eine unter dem Altersdurchschnitt liegende Gedächtnisleistung, eine massiv unterdurchschnittliche Planungsfähigkeit und eine reduzierte Verarbeitungsgeschwindigkeit und Daueraufmerksamkeit festgestellt (IV-act. 192-115 f.). Zur Begründung seiner Arbeitsfähigkeitsschätzung hatte er aus-geführt, im Rahmen einfacher und gleichzeitig repetitiv gestalteter erwerblicher Anforderungssituationen sei die Konzentrationsleistungsfähigkeit unauffällig ausgeprägt und es bestehe eine unauffällige Anpassungsfähigkeit an sich verändernde Anforderungssituationen. Der Produktionsdruck sei aufgrund verminderter Verarbeitungsgeschwindigkeit und reduzierter Fähigkeit zur Dauerkonzentration herabzusetzen. Die Ausübung der Erwerbstätigkeit sei auf dem ersten Arbeitsmarkt ohne Betreuung möglich, da die kognitive Leistungsfähigkeit knapp durchschnittlich und die Fähigkeit zur Einhaltung vordefinierter Handlungsanweisungen sowie die sprachliche Verständigungs- und Verständnisfähigkeit erhalten seien (IV-act. 192-122). Auch Dr. C.____ hielt die Eingliederungsfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt für gegeben (IV-act. 192-99; Stellungnahme vom 16. November 2015, IV-act. 236-4 f.). Der Beschwerdeführer habe das Medikament Concerta nicht zuverlässig eingenommen. Trotz Problemen mit der Compliance sei die erforderliche Behandlung notwendig, indiziert und zumutbar. Es müsse eigentlich davon ausgegangen werden, dass die Ergebnisse der neuropsychologischen Abklärung bei guter Compliance noch besser ausgefallen wären und das neuropsychologische Zumutbarkeitsprofil auf einer ungenügenden Compliance basiere. Die mangelnde Absprachefähigkeit und Compliance seien überwindbar. Es sei Sache der Verwaltung festzulegen, ob sich mit den Kriterien einer ideal adaptierten Tätigkeit eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in Bezug auf den ausgeglichenen Arbeitsmarkt begründen lasse oder nicht (Gutachten vom 11. Dezember 2013, IV-act. 192-95 f., 100; Stellungnahme vom 16. November 2015, IV-act. 236-2 f., 4 f.). Dr. C.____ führte aber auch aus, um die höchste



Leistungsfähigkeit zu erreichen, benötige der Beschwerdeführer eine Unterstützung im Sinne einer integrierten psychiatrischen Behandlung und auch einer Medikation (IV-act. 236-4). Er führt das bisherige Scheitern der beruflichen Integration auf überwindbare Mängel der Absprachefähigkeit und Compliance sowie auf motivationale Faktoren zurück, die in die Beurteilung der behandelnden Ärzte eingeflossen, aber überwindbar seien, indem der Beschwerdeführer die für seine Störung indizierte Behandlung in Anspruch nehme. Dies sei ihm zumutbar, worauf doch hinweise, dass von den behandelnden Ärzten mehrfach eine gute Compliance beschrieben worden sei (IV-act. 236-2 f.). Aus diesen Ausführungen von Dr. C.____ geht hervor, dass der Beschwerdeführer die theoretisch zumutbare Arbeitsfähigkeit von 100% aufgrund fehlender, aber zumutbarer Compliance und Motivation noch nicht erreichen konnte (IV-act. 236-2 f.).

2.3 Dr. C.____ gab keine eigentliche retrospektive Einschätzung der (quantitativen) Arbeitsfähigkeit ab, und es ist davon auszugehen, dass eine solche über den jahrelangen und schwankenden Verlauf nicht (mehr) möglich ist. Für die Arbeitsfähigkeit im Verlauf ist somit auf die echtzeitlichen medizinischen sowie beruflichen Akten sowie auf die Einschätzungen des RAD abzustellen. Dabei zu unterscheiden sind die Arbeitsfähigkeit in der angestammten sowie in einer angepassten Tätigkeit, die Arbeitsfähigkeit vor und nach zumutbaren medizinischen und beruflichen Massnahmen sowie die medizinisch-theoretische sowie die praktisch gezeigte Arbeitsfähigkeit.

2.3.1 Im Psychiatrischen Gutachten der Klinik Wil vom 13. Oktober 2003 war die ADHS im Erwachsenenalter als schwerwiegend, jedoch als nicht arbeitslimitierend und die Suchtproblematik, da primär, als nicht iv-relevant bezeichnet worden (IV-act 18-23 f.). Gemäss orthopädischem Gutachten Dr. B.____ vom 8. Juni 2004 waren körperlich leichte, rückenadaptierte Tätigkeiten als vollumfänglich zumutbar angesehen worden (IV-act. 24-4). Im Arztbericht des psychiatrischen Zentrums vom 28. Mai 2015 waren Ein-gliederungsmassnahmen bei besserer Compliance und regelmässiger psychiatrischer Behandlung mit einer Arbeitsfähigkeit von 50% als möglich angesehen worden (IV-act. 104-3f.).



2.3.2 Die Klinik Pfäfers war im Gutachten vom 24. März 2010 zum Schluss gekommen, ausgehend von einer Gesamtbewertung der vorliegenden Akten, der Anamnese, der anlässlich der Begutachtung erhobenen Befunde und des von verschiedenen Seiten bestätigten und auch von den Gutachtern gesehenen bemüht-kooperativen Verhaltens bestehe aus psychiatrischer Sicht aktuell eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit von bis zu 50%. Durch die vorgeschlagenen Therapien (optimale medikamentöse und sozialintegrativ -psychische Behandlung und Drogenabstinenz) dürfte die Arbeitsfähigkeit über längere Zeit steigerbar sein (IV-act. 110-63, 65). In diesem Gutachten wurde insbesondere dargelegt, dass der Drogenkonsum als Selbsttherapie der ADHS-Symptomatik aufzufassen sei (IV-act. 110-61, 63). Die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit berücksichtigt demnach die Auswirkung der damals noch vorhandenen Cannabisabhängigkeit und es erscheint einleuchtend, dass sich die Arbeitsfähigkeit durch deren Wegfall erhöht hat.

2.3.3 Die behandelnden Fachärzte der Psychiatrischen Kliniken St. Gallen und Appenzell Ausserrhoden attestierten dem Beschwerdeführer stets eine volle Arbeitsunfähigkeit und verneinten eine Eingliederungsfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt (Arztberichte Psychiatriezentrum St. Gallen vom 1. Oktober 2010, IV-act. 121-6 f., vom 15. April 2011, IV-act. 130-3 f., vom 4. November 2011, IV-act. 151-2; Arztberichte Psychiatrisches Zentrum Appenzell Ausserrhoden vom 15. November 2012, IV-act. 169-28, vom 3. Juli 2013, IV-act. 180-2 ff., vom 17. November 2014, IV-act. 213-3 und vom 22. April 2015, IV-act. 223-5). Sie begründeten ihre Einschätzung mit einer deutlichen Problematik in der Planung und Strukturierung des alltäglichen Lebens, des Einhaltens von Terminen sowie mit kognitiven Auffälligkeiten wie Schwierigkeiten in Konzentration und Aufmerksamkeit. Ein Arbeitsablauf könne wegen der Unstrukturiertheit und Desorganisation des Beschwerdeführers nur schwer gewährleistet werden (Arztbericht Psychiatriezentrum St. Gallen vom 1. Oktober 2010, IV-act. 121-2 f.). Eine berufliche Massnahme (auch in geschütztem Rahmen) würde für den Beschwerdeführer eine Überforderung darstellen und wäre mit einem hohen Rückfallrisiko verbunden. Selbständig sei er nicht in der Lage, einen Arbeitsvorgang zu planen und einzelne Arbeitsschritte umzusetzen (Arztbericht Psychiatriezentrum Appenzell Ausserrhoden vom 15. November 2012, IV-act. 169-28). In Anbetracht des bisherigen Verlaufs sei die Aufnahme einer Beschäftigung im ersten Arbeitsmarkt auch mittel- und langfristig unrealistisch. Bereits die sehr überschaubaren Anforderungen im



Rahmen der gegenwärtigen Therapie führten an die Grenzen der Belastbarkeit (Verlaufsbericht Psychiatrisches Zentrum Appenzell Ausserrhoden vom 22. April 2015, IV-act. 223-5).

2.3.4 RAD-Arzt Dr. E.____ stützte sich am 3. Juni 2010 auf das Gutachten St. Pirminsberg vom 24. März 2010, mithin auf die Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit von bis zu 50%, ab und veranlasste Auflagen (IV-act. 111-2). Am 2. November 2010 erklärte er die Auflagen bei grosszügiger Betrachtungsweise für erfüllt und hielt die Eingliederung auf dem freien Arbeitsmarkt für derzeit nicht möglich (IV-act. 124). Der RAD-Arzt ging in seiner Stellungnahme vom 29. Dezember 2011 von der weiterhin bestehenden, durch das Gutachten der Klinik Pfäfers geschätzten Arbeitsfähigkeit von 50 % aus (IV-act. 153). Am 4. März 2013 (IV-act. 177) und am 22. Juli 2013 (IV-act. 186-2) erachtete er berufliche Massnahmen auch in geschütztem Rahmen als nicht durchführbar. Nach Erstattung des Gutachtens von Dr. C.____ übernahm Dr. E.____ dessen Einschätzung einer 100%-igen Arbeitsfähigkeit für ideal angepasste Tätigkeiten (Stellungnahme vom 9. Januar 2014, IV-act. 193). Im Strategieprotokoll vom 21. März 2014 wurde unter Teilnahme von Dr. E.____ festgehalten, dass mit einer 75%-igen Arbeitsfähigkeit gerechnet werden könne (IV-act. 204-2f.). Am 23. Dezember 2014 kam Dr. E.____ aufgrund der Berichte der Tagesklinik (vgl. Sachverhalt vorstehend A.u) zum Schluss, dass auf dem ersten Arbeitsmarkt derzeit noch keine durchsetzbare Arbeitsfähigkeit bestehe. Es seien jedoch gute therapeutische Ansätze erkennbar, die zur Hoffnung berechtigen würden, dass eine Beschäftigung auf dem ersten Arbeitsmarkt innerhalb von einem bis anderthalb Jahren erreichbar sei. Es stelle sich somit als Alternative die Frage nach Integrationsmassnahmen (basierend auf einer 50%-igen Arbeitsfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt in ein bis anderthalb Jahren) sowie nach einer zeitlich befristeten Berentung mit einer Rentenrevision spätestens in zwei Jahren (IV-act. 215). Hingegen hielt er die vom Psychiatriezentrum Appenzell Ausserrhoden berichtete Verschlechterung für nicht nachvollziehbar (Stellungnahme vom 13. Mai 2015, IV-act. 224 und vom 28. Oktober 2015, IV-act. 234). Zur Erklärung führte er in der letztgenannten Stellungnahme im Wesentlichen aus, die von der behandelnden Ärztin vorgenommenen pessimistischen Einschätzungen seien nicht nachvollziehbar. Der Beschwerdeführer habe in den Urlaub gehen können und sich gegenüber der Eingliederungsverantwortlichen desinteressiert gezeigt (IV-act. 234-2 f.). Die Abweichung von seinen früheren Einschätzungen begründete er zusammenfassend



zudem damit, dass sich die dort erwähnte Eingliederungsfähigkeit auf die angestammte Tätigkeit als Forstwart bezogen habe (IV-act. 234-2).

2.3.5 Die Berufsberatung schloss den Fall am 27. Februar 2007 (IV-act. 60 f.) ohne Ergebnis ab, da sich der Beschwerdeführer auf eine berufliche Neuorientierung nicht einlassen konnte. Die vom RAD geforderte Beurteilung der praktischen Leistungsfähigkeit konnte nicht erfolgen, jedoch gelangte der Berufsberater zum Schluss, der Beschwerdeführer sei einem Arbeitgeber nicht zumutbar (IV-act. 60-1 f.). Auch am 26. September 2008 schloss die Berufsberatung den Fall ab, nachdem im April eine Eingliederung in der Dreischicht nach wenigen Tagen habe abgebrochen werden müssen. Bei spürbarer Bereitschaft des Beschwerdeführers, sich einzulassen und das Beste zu geben, fühle er sich nicht in der Lage, eine berufliche Massnahme durchzusetzen (IV-act. 92). Die von der IV-Stelle dem Beschwerdeführer am 5. August 2011 auferlegte ADHS-Behandlung (IV-act. 136) wurde gemäss Verlaufsbericht des Psychiatriezentrums St. Gallen vom 4. November 2011 aufgenommen (IV-act. 151-2; vgl. auch Arztberichte Psychiatrisches Zentrum Appenzell Ausserrhoden vom 15. November 2012, wo die Medikation mit Concerta ebenfalls aufgeführt wird, IV-act. 169-28, und vom 3. Juli 2013, wonach Concerta mit grosser Wahrscheinlichkeit regelmässig eingenommen werde, IV-act. 180-1). Nach Angaben des Beschwerdeführers gelang es ihm darauf, den Cannabiskonsum einzustellen (Verlaufsbericht Psychiatriezentrum St. Gallen vom 4. November 2011, IV-act. 151-2; Gutachten Dr. C. ___ vom 11. Dezember 2013, IV-act. 192-101). Dennoch war er seit 2010 regelmässig und zeitweise sehr engmaschig auf die Betreuung durch die psychiatrische Spitex angewiesen (Arztbericht Psychiatriezentrum Appenzell Ausserrhoden vom 15. November 2012, IV-act. 169-27, Assessmentprotokoll vom 12. März 2014, IV-act. 203-2; vgl. auch Arztbericht Psychiatriezentrum Appenzell Ausserrhoden vom 22. April 2015, IV-act. 223-3, wonach der Beschwerdeführer nach wie vor auf engmaschige Betreuung und Unterstützung angewiesen sei), und dennoch konnte er das Pensum der Arbeitstherapie von drei Nachmittagen pro Woche gemäss den Verlaufsberichten des Psychiatrischen Zentrums Appenzell Ausserrhoden vom 17. November 2014 (IV-act. 213) und vom 22. April 2015 (IV-act. 223) aufgrund psychosozialer Belastungen (Tod der Grosseltern, Scheitern der Partnerschaft) (noch) nicht steigern. Insbesondere aus dem Arztbericht des Psychiatriezentrums Appenzell Ausserrhoden vom 15. November 2012 (IV-act. 169-25 ff.) und aus dem Schreiben der



Eltern des Beschwerdeführers vom 19. Juli 2013 ergaben sich Anhaltspunkte für eine positive Entwicklung. Es ist dem Beschwerdeführer zugute zu halten, dass er den Auflagen der Beschwerdegegnerin zum Entzug sowie zur Behandlung, so gut es ihm möglich war, nachgekommen ist und immerhin inzwischen kein Cannabis mehr konsumiert und die Behandlung mit Concerta begonnen hat (vgl. Sachverhalt vorstehend A.i - A.n, die erste Auflage stammt vom 7. Juni 2010, die zweite vom 4. Mai 2011). Die gescheiterten Eingliederungsversuche zeigen, dass der Beschwerdeführer starke Unterstützung in medizinischer, beruflicher sowie persönlicher Hinsicht benötigt und seine Eingliederungsfähigkeit noch nicht erreichen konnte.

2.3.6 Die gemäss Beschwerdeführer seit 2011 eingehaltene Cannabisabstinenz hat noch nicht zu einer andauernden Verbesserung des Gesundheitszustandes geführt, zumal Integrations- bzw. Eingliederungsmassnahmen bislang noch keinen Erfolg gezeigt haben. Andererseits bestehen aber auch keine objektiven Hinweise für eine Verschlechterung; diese ist im Jahr 2014/2015 lediglich vorübergehend durch die psychosoziale Belastung durch den Tod der Grosseltern und die Trennung der langjährigen Partnerschaft begründet. Dabei ist zu berücksichtigen, dass den eher pessimistischen Arbeitsfähigkeitsschätzungen der Behandler weniger Gewicht beizumessen ist als jenen der unabhängigen Gutachter. Zudem ist bei der beim Beschwerdeführer vorliegenden Kombination der psychischen Störungen davon auszugehen, dass diese durchaus massgebliche Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit haben kann (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 31. August 2016, 8C_325/2016, E.4.2). Die mehrfach geschilderten Schwierigkeiten bei der Planung, Strukturierung und Organisierung des eigenen Lebens, der Haushaltführung und nicht zuletzt bei der Einhaltung eines Arbeitsablaufs und der dadurch nötigen Anleitung und Betreuung sind durch die Kombination der psychischen Störungen durchaus erklärbar. Mit Dr. C.____ (vgl. Gutachten, Ziff. 8.5.1, IV-act. 192-100) und wie im Gutachten der Psychiatrischen Klinik St. Pirminsberg vom 24. März 2010 einleuchtend begründet (IV-act. 110-61, 63; E. 2.3.2) ist das Suchtleiden Folge der seit Kindheit bestehenden ADHS, weshalb von einer seit Beginn sekundären, invalidenversicherungsrechtlich relevanten Sucht auszugehen ist. Deren Auswirkungen sind daher zu berücksichtigen. Soweit der RAD-Arzt früher eine Eingliederungsfähigkeit lediglich im geschützten Rahmen bejahte, muss eine Arbeitsfähigkeit auch für adaptierte Tätigkeiten als nicht vorhanden angesehen werden. Zusammen mit den sonstigen vorliegenden Einschätzungen muss davon



ausgegangen werden, dass bei bzw. nach optimaler medizinischer Behandlung sowie erfolgreicher beruflicher Eingliederung eine vollständige Arbeitsfähigkeit erreichbar wäre und insofern die medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit von 100% für adaptierte Tätigkeiten Gültigkeit hat. Solange die Massnahmen jedoch noch andauern und der Beschwerdeführer noch daran ist, seine Probleme mit der Compliance sowie der Absprachefähigkeit zu überwinden, ist die Arbeitsfähigkeit noch eingeschränkt. Der Widerspruch zwischen der Verneinung der Ausbildungsfähigkeit sowie der Bejahung einer gewissen Arbeitsfähigkeit ist ein vordergründiger. Denn eine Ausbildung bzw. die Absolvierung einer beruflichen Massnahme ist anspruchsvoller und setzt mehr voraus als eine einfache Tätigkeit als Hilfsarbeiter (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts vom 27. März 2018, 8C_794/2017, E.5.2.1). Zusammenfassend kann im Längsverlauf daher mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass seit der Wiederanmeldung am 3. November 2005 eine 50%-ige Arbeitsfähigkeit für adaptierte Tätigkeiten besteht.

2.4 Insgesamt ist aus medizinisch-theoretischer Sicht auf das Gutachten von Dr. C.____ abzustellen, das sich auf eine umfangreiche und validierte neuropsychologische Abklärung und auf eine von allen beteiligten Fachmediziner geteilte Diagnose stützt. Dabei ist gemäss vorstehenden Erwägungen zu berücksichtigen, dass die Arbeitsfähigkeitsschätzung von Dr. C.____ zum einen grundsätzlich ab Gutachtenszeitpunkt Gültigkeit hat, jedoch unter dem Vorbehalt der optimal durchgeführten medizinischen und beruflichen Massnahmen steht und zum anderen für den weiter zurückliegenden Verlauf die echtzeitlichen Berichte, die Ergebnisse der beruflichen Versuche sowie die Einschätzungen des RAD hinzugezogen werden müssen, womit sich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine durchschnittliche adaptierte Arbeitsfähigkeit von 50% ergibt (vgl. vorstehende Erwägungen).

2.5 Ergänzend sei erwähnt, dass das Bundesgericht festgehalten hat, der Umstand, dass ein Gutachter seine persönliche Meinung zur Vermeidbarkeit von ungerechtfertigten Versicherungsleistungen öffentlich bekannt mache oder im Rahmen einer Publikation eine von der Rechtsprechung abweichende Meinung vertrete, lasse für sich allein noch nicht auf Voreingenommenheit in einem konkret zu beurteilenden Fall schließen (Urteil des Bundesgerichts vom 4. Januar 2017, 8C_548/2016, E. 4.2). Dies muss auch bzw. erst recht für Gutachter gelten, die sich zwar nicht zum



Versicherungsmisbrauch geäussert haben, aber regelmässig mit mono- oder bidisziplinären Gutachten beauftragt werden und allenfalls - was allerdings nicht einmal dargetan wird - überdurchschnittlich hohe Arbeitsfähigkeiten attestieren. Konkrete Anhaltspunkte für eine Voreingenommenheit von Dr. C.____ gegenüber dem Beschwerdeführer finden sich im Gutachten nicht und werden auch nicht geltend gemacht. Die gerügte überdurchschnittlich häufige Beauftragung führt somit nicht zur Unverwertbarkeit des Gutachtens. Ein strukturiertes Beweisverfahren mittels Indikatoren ist insoweit entbehrlich, als die geltend gemachten Einschränkungen durch die Diagnose der ADHS und die neuropsychologische Testung objektiviert sind (vgl. BGE 143 V 428 E. 7.1). Somit bleibt es bei der Beweistauglichkeit des Gutachtens von Dr. C.____.

3.

3.1 Dass die Einschätzung von Dr. C.____ beweiskräftig ist, bedeutet nicht, dass die Beschwerdegegnerin mit angefochtener Verfügung gestützt auf die attestierte 100%-ige Arbeitsfähigkeit das Rentengesuch abweisen durfte. Die von Dr. C.____ geschätzte Arbeitsfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten gilt zum einen grundsätzlich ab Begutachtungszeitpunkt und ist zum anderen erst mit beruflichen sowie unter Weiterführung bzw. Intensivierung der medizinischen Massnahmen sowie mit sozialpraktischer Unterstützung erreichbar. Eine berufliche Eingliederung konnte denn auch bis zum relevanten Zeitpunkt der Verfügung (BGE 121 V 366 E. 1 b; BGE 131 V 243 E. 2.1) noch nicht erfolgreich durchgeführt und abgeschlossen werden: Der Beschwerdeführer konnte daher Anspruch auf eine Invalidenrente erwerben (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 29. Juni 2009, 9C_186/2009, E.3.3; Urteil des EVG vom 31. März 2006, I 291/05, E.3.2, wonach bei Bestätigung, dass nach durchgeführter erfolgreicher Eingliederung wieder eine deutlich bessere Arbeitsfähigkeit erreichbar sein sollte, der Anspruch auf eine Rente für die zurückliegende Zeit solange nicht ausgeschlossen ist, als die bestehende Erwerbsunfähigkeit nicht [oder noch nicht] mit geeigneten Eingliederungsmassnahmen tatsächlich behoben oder in einer für den Rentenanspruch erheblichen Weise verringert werden konnte). Der Beschwerdeführer hat gleichzeitig Anspruch auf berufliche Massnahmen (Art. 14a IVG; Art. 4quater ff. IVV; Art. 15 ff. IVG), wobei aufgrund der abgeschlossenen Ausbildung zum Forstwart gegebenenfalls auch eine Umschulung gemäss Art. 17 ff. IVG in Betracht fällt.



3.2 Betreffend allfälligem Rentenbeginn ist mit Blick auf das Datum der Anmeldung (November 2005) das Recht anwendbar, wie es vor Inkrafttreten der Änderungen der 5. IV-Revision bestanden hatte. Die Frist von 6 Monaten nach Geldendmachung des Anspruchs gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG in der seit 2008 geltenden Fassung findet somit keine Anwendung. Meldet sich ein Versicherter mehr als zwölf Monate nach Entstehen des Anspruchs an, so werden die Leistungen lediglich für die zwölf der Anmeldung vorangehenden Monate ausgerichtet (vgl. Art. 48 Abs. 2 IVG in der vor 2008 in Kraft gestandenen Fassung).

3.3 Dass der erlernte Beruf des Forstwarts einer überschaubaren und geregelten, repetitiv gestalteten Tätigkeit entspricht, erscheint mehr als fraglich und muss aufgrund der mit seiner Ausübung verbundenen Gefahren bei der massgeblichen Beeinträchtigung durch Suchtmittel seit jeher als ungeeignet bezeichnet werden. Hinzu kommt, dass der Beruf auch aufgrund orthopädischer Einschränkungen nicht ideal adaptiert ist (vgl. Gutachten Dr. B.____ vom 8. Juni 2004; Schlussfolgerungen im Strategieprotokoll vom 21. März 2014, IV-act. 204-2f.; Stellungnahme von RAD-Arzt Dr. E.____ vom 28. Oktober 2015, IV-act. 234-1 f.). Somit ist davon auszugehen, dass das Wartejahr nach Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG in der vor 2008 in Kraft gestandenen Fassung im Zeitpunkt der Wiederanmeldung am 3. November 2005 bereits erfüllt war und ein Rentenanspruch nach Massgabe der 50%-igen Arbeitsunfähigkeit ab 1. November 2004 zu prüfen ist.

3.4 Da die einschränkende ADHS-Problematik schon seit der Kindheit des Beschwerdeführers bestand, sind Rückschlüsse auf seine Validenkarriere ohne Vorliegen dieser Krankheit kaum möglich. Zwar konnte der Beschwerdeführer die Ausbildung zum Forstwart mit Hilfe eines verständnisvollen Lehrmeisters abschliessen (Bericht der Eltern vom 19. Juli 2013, IV-act. 183-2 f.). Der Beschwerdeführer hat jedoch nach der Lehre nicht in diesem Beruf gearbeitet, dessen Leidensangepasstheit ohnehin fraglich erscheint (E. 3.3), und auch andere Erwerbstätigkeiten hat er nicht längerfristig ausgeübt. Für die Bemessung des Valideneinkommens kann somit weder auf den Tabellenlohn als Forst- oder Gartenarbeiter noch auf das tatsächliche Einkommen abgestellt werden. Vielmehr ist anzunehmen, dass der Beschwerdeführer aufgrund der ADHS nicht diejenige Ausbildung absolvieren konnte, die er im Gesundheitsfall ergriffen hätte. Da sich die Krankheit bereits zum Zeitpunkt der



Berufswahl auswirkte, ist das Valideneinkommen gestützt auf Art. 26 Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) zu bestimmen, welches für das massgebliche Jahr 2004 Fr. 69'500.-- beträgt. Für das Invalideneinkommen ist vom durchschnittlichen Einkommen gemäss Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik (BFS) 2004, Anforderungsniveau 4, Männer, auszugehen, welches sich auf Fr. 57'258.-- beläuft (Quelle der genannten Einkommen: Informationsstelle AHV/IV, IV, Ausgabe 2008, Bern 2008, S. 123 und Anhang 2). Entsprechend der 50%-igen Arbeitsfähigkeit beträgt das Jahreseinkommen Fr. 28'629.--. Die Beschränkung des Zumutbarkeitsprofils auf eine körperlich nicht schwere (vgl. Gutachten Dr. B.____ vom 8. Juni 2004, IV-act. 24), überschaubare und geregelte, repetitive Tätigkeit ohne Produktionsdruck (Gutachten Dr. C.____ vom 11. Dezember 2013, IV-act. 192-98) begründet einen Tabellenlohnabzug mindestens im auch von der Beschwerdegegnerin anerkannten Ausmass von 10% (Beschwerdeantwort, act. G 5, III, Ziff. 2). Das Invalideneinkommen beträgt somit Fr. 25'766.-- und der Invaliditätsgrad 62,9%. Der Beschwerdeführer hat damit ab 1. November 2004 (E. 4.3) Anspruch auf eine Dreiviertelsrente (Art. 28 Abs. 1 IVG in der seit Inkrafttreten der 4. IVG-Revision 2004 geltenden Fassung).

3.5 Der IV-Stelle ist es unbenommen, hinsichtlich der beruflichen sowie medizinischen Massnahmen Auflagen zu machen und deren Einhaltung anlässlich einer zeitlich zu terminierenden Revision zu prüfen, verbunden mit der Androhung, dass bei Nichterfüllung der Auflagen gestützt auf das Gutachten von Dr. C.____ von einer rentenausschliessenden Arbeitsfähigkeit ausgegangen und die Rente eingestellt werde. Eine erneute Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erscheint erst unter Einbezug der Ergebnisse beruflicher Integrations- bzw. Eingliederungsmassnahmen und unter gesicherter Behandlung möglich und sinnvoll. Dabei sind auch die nach Erlass der angefochtenen Verfügung als massgeblicher Zeitpunkt (BGE 121 V 366 E. 1 b; BGE 131 V 243 E. 2.1) berichteten Entwicklungen im psychischen (Berichte des Psychiatrischen Zentrums Appenzell Ausserrhoden vom 30. Januar 2017, act. G 18.1, vom 15. Dezember 2017, act. G 18.3 und vom 21. April 2018, act. G 18.4) und im somatischen Bereich (Attest Dr. G.____ vom 28. August 2017, act. G 18.2) zu beachten.

4.



St.Galler Gerichte

4.1 Nach dem Gesagten ist die angefochtene Verfügung in teilweiser Gutheissung der Beschwerde aufzuheben, und der Beschwerdeführer hat ab 1. November 2004 Anspruch auf eine Dreiviertelsrente.

4.2 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. 1 bis IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Hinsichtlich der Beschwerde gegen die Rentenverfügung gilt es zu beachten, dass gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung zur Überklagung in sozialversicherungsrechtlichen Rentenfällen von einem vollständigen Obsiegen der Beschwerdeführerin auszugehen ist (Urteil des Bundesgerichts vom 7. Januar 2016, 9C_288/2015, E. 4.2). Die Beschwerdegegnerin hat daher die gesamten Gerichtskosten von Fr. 600.-- zu bezahlen.

4.3 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Die Parteientschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b HonO (sGS 963.75) pauschal Fr. 1'000.-- bis Fr. 12'000.--. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat keine Kostennote eingereicht. Aufgrund der Bedeutung der Streitsache und dem Aufwand ist dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von praxismässig Fr. 3'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zuzusprechen. Bei diesem Ergebnis erübrigt sich die Festsetzung einer Entschädigung aus der unentgeltlichen Rechtsverbeiständung.

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 1. Dezember 2015 aufgehoben und dem Beschwerdeführer ab 1. November 2004 eine



Dreiviertelsrente zugesprochen. Die Sache wird zur Festsetzung und Ausrichtung der geschuldeten Leistungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.

2.

Die Beschwerdegegnerin hat die Gerichtskosten von Fr. 600.-- zu bezahlen.

3.

Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.