

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2017/375 vom 27. November 2019**

Sg Versicherungsgericht, 2019-11-27, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_IV\\_2017\\_375](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2017_375)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2017/375 du 27 novembre 2019

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2017/375 del 27 novembre 2019

## **Regeste**

Art. 28 IVG: Würdigung eines Gutachtens. Gutachten beweiskräftig. 100%ige Arbeitsfähigkeit in angestammter und adaptierter Tätigkeit. Kein Anspruch auf eine Invalidenrente. Abweisung der Beschwerde (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 27. November 2019, IV 2017/375).

## **Volltext**

Entscheid vom 27. November 2019 Besetzung Präsident Joachim Huber, Versicherungsrichterinnen Christiane Gallati Schneider und Miriam Lendfers; Gerichtsschreiberin Sabrina Bleile Geschäftsnr. IV 2017/375 Parteien A.\_\_\_\_, Beschwerdeführer, vertreten durch Rechtsanwältin lic. iur. Amanda Guyot, GN Rechtsanwälte, St. Leonhard-Strasse 20, Postfach, 9001 St. Gallen, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rente Sachverhalt A.\_\_\_\_ (nachfolgend: Versicherter) meldete sich am 1. September 2015 bei der IV-Stelle des Kantons St. Gallen (nachfolgend: IV-Stelle) für berufliche Massnahmen und Rentenleistungen an (IV-act. 1). Er gab an, wegen psychischer Probleme bei Dr. med. B.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, in Behandlung zu sein (IV-act. 1 S. 5). Bis zum 31. Dezember 2014 hatte der Versicherte im Rahmen eines befristeten Anstellungsverhältnisses als Maschinenbediener gearbeitet (IV-act. 1 S. 4, IV-act. 2 und IV-act. 18). Ab dem 1. Januar 2015 hatte er Taggelder von der Arbeitslosenkasse bezogen (IV-act. 8). Vom 20. Juli bis 14. August 2015 hatte er an einer ambulanten psychosomatischen Rehabilitation in der Klinik C.\_\_\_\_ teilgenommen (IV-act. 3). Für diese Zeit hatten ihm die behandelnden Ärzte der Klinik C.\_\_\_\_ eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bescheinigt (IV-act. 3 und IV-act. 14). In einem Bericht der Klinik C.\_\_\_\_ vom 5. Oktober 2015 wurden folgende Diagnosen genannt: Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode mit somatischen Symptomen, und Agoraphobie mit Panikstörung (beide Störungen bestehend seit 19\_\_). Weiter hiess es in dem Bericht, dass beim Versicherten seit mindestens Januar 2015 eine höchstens zu 50 % verwertbare Arbeitsfähigkeit bestehe. Zwischen dem 20. Juli und 14. August 2015 habe die Arbeitsunfähigkeit 100 % betragen. Gegenwärtig sei der Versicherte für Tätigkeiten, die keine hohen Anforderungen an die Konzentration, die geistige Flexibilität, die motorische Schnelligkeit sowie die Fähigkeit zu sozialen Interaktionen stellen, zu ca. 50 % arbeitsfähig. Unter der Durchführung von therapeutischen und beruflichen Massnahmen sei mit der Wiederherstellung der vollen Arbeitsfähigkeit auf dem freien Wirtschaftsmarkt zu rechnen (IV-act. 14). Am 18. Januar 2016 unterzeichnete der Versicherte einen Eingliederungsplan mit dem Ziel, im Rahmen eines Einsatzprogramms der IV in einer Projektwerkstatt die Arbeitsfähigkeit von 50 % auf 100 % zu steigern (IV-act. 23). Am 10.

Februar 2016 erteilte die IV-Stelle dem Versicherten Kostengutsprache für ein vom 1. Februar bis 30. April 2016 dauerndes Einsatzprogramm (IV-act. 26). Am 2. März 2016 berichtete der Versicherte gegenüber der Eingliederungsverantwortlichen der IV-Stelle, dass es ihm nicht gut gehe. Er habe Panikattacken und müsse zum Herzspezialisten (IV-act. 35 S. 2). Am 15. März 2016 wurde beim Versicherten ein CT vom Herz und eine CT-Koronarangiographie durchgeführt. Am 30. März 2016 berichtete Dr. med. D.\_\_\_\_, Kardiologiepraxis E.\_\_\_\_, dass sich bei atypischen Beschwerden aber einem "überwältigenden Risikoprofil" in der Koronarangiographie eine nicht-stenosierende Koronatheromatose über dem altersentsprechenden Durchschnitt gezeigt habe. Damit rechtfertige sich die Therapie mit Atorvastatin sowie die zwischenzeitlich vom Hausarzt begonnene Therapie mit Aspirin. Die in der Koronarangiographie beschriebene Myokardbrücke sei ohne Bedeutung. Er glaube nicht, dass die Beschwerden des Versicherten koronar bzw. kardial bedingt seien. Bei der durchgeführten Therapie handle es sich um eine präventive Therapie (IV-act. 32). Am 19. Mai 2016 hielt die Eingliederungsverantwortliche der IV-Stelle fest, dass der Versicherte im Rahmen des Einsatzprogrammes das Pensum nicht habe steigern können. Trotz mehrmaliger Aufforderung zur Steigerung des Pensums habe er in einem solchen von 50 % weitergearbeitet. Der Versicherte habe sich auch nicht um eine Arbeitsstelle bemüht. Er fühle sich aus gesundheitlichen Gründen nicht in der Lage, einer Arbeit im ersten Arbeitsmarkt nachzugehen. Er habe resigniert und perspektivlos gewirkt. Auch habe er keinerlei Eigeninitiative gezeigt und keine Eigenverantwortung übernommen (IV-act. 35 S. 3). In einem Bericht an die IV-Stelle vom 11. August 2016 nannte Dr. B.\_\_\_\_ folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: Eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischen Symptomen, eine vorbestehende Agoraphobie mit Panikstörung, einen Verdacht auf eine ängstliche Persönlichkeitsstörung sowie differentialdiagnostisch eine andauernde Persönlichkeitsänderung nach einer Extrembelastung während der Kriegswirren 19\_\_.

Weiter führte Dr. B.\_\_\_\_ aus, dass sich der Versicherte seit 2008 bei ihm in ambulanter Behandlung befinde und seit mindestens Anfang 2015 zu 100 % arbeitsunfähig sei (IV-act. 44). Am 2. November 2016 zeigte die IV-Stelle dem Versicherten die Durchführung einer medizinischen Abklärung bei Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, an (IV-act. 49). Dr. F.\_\_\_\_ untersuchte den Versicherten im Auftrag der IV-Stelle am 9. Dezember 2016 und 16. Januar 2017 (IV-act. 59 S. 1). Ergänzend zur psychiatrischen Untersuchung führte Dr. phil. G.\_\_\_\_, Diplompsychologe, Klin. Neuropsychologe, Fachpsychologe für Neuropsychologie, am 9. Februar 2017 eine neuropsychologische Abklärung durch (IV-act. 59 S. 40). In seiner neuropsychologischen Beurteilung vom 10. Februar 2017 wies er auf verschiedene Auffälligkeiten und ein suboptimales Leistungsverhalten des Versicherten hin. Er hielt fest, dass die vom Versicherten erbrachten Leistungen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht mit dem eigentlichen Leistungspotential übereinstimmen würden. Hinweise auf suboptimales Leistungsverhalten hätten sich aus den Resultaten der durchgeführten Beschwerdevalidierungsverfahren und aus den Diskrepanzen zwischen den Testleistungen und den Mustern von Hirnleistungen bzw. Hirnleistungsstörungen sowie dem beobachteten Verhalten ergeben. Auffällige Resultate hätten sich in allen drei Validierungstests gezeigt. Bei einer Aufgabe, bei welcher Informationen wiedererkannt werden müssten, habe die Leistung auf eine Antwortverzerrung hingewiesen. Aufgrund der Leichtigkeit des Tests seien sogar bei Personen mit schwerer Beeinträchtigung nur wenige Fehler zu erwarten,

während beim Versicherten zahlreiche Fehler aufgetreten seien. Auch hätten die Antworten des Versicherten hinsichtlich ihrer Konsistenz in einem Bereich gelegen, der auf ein suboptimales Leistungsverhalten hinweise. Aufschlussreich sei insbesondere der Vergleich der Leistungen in unterschiedlich schwierigen Durchgängen einer Aufgabe gewesen. Die Leistungsdiskrepanz sei teilweise sogar invers zum erwarteten Profil gewesen, was auf eine gezielte Manipulation hinweise. Der Befund sei mit dem Vorliegen einer schweren Störung nicht vereinbar. Auffällig sei die Leistung auch bei einer Beschwerdevalidierungsaufgabe mit Redundanz gewesen. Am Ende der Untersuchung habe der Versicherte eine noch auffälligere Leistung erzielt als bei der ersten Testdurchführung. Aufgrund von Lern- und Übungseffekten wäre mit einer Leistungsverbesserung zu rechnen gewesen. Eine weitere Diskrepanz bestehe darin, dass die Dolmetscherin berichtet habe, der Versicherte habe trotz vorhandener Treppen den Fahrstuhl benutzt, obwohl er angegeben habe, Angst vor der Nutzung von Fahrstühlen zu haben und diese zu meiden. In der neuropsychologischen Untersuchung seien durchgängig unterdurchschnittliche Leistungen zu beobachten gewesen. Aufgrund des überwiegend wahrscheinlich suboptimalen Leistungsverhaltens sei eine zuverlässige Interpretation der erbrachten Resultate nicht möglich. Das Ausmass von allenfalls tatsächlich vorliegenden Einschränkungen lasse sich nicht sicher festlegen (IV-act. 59 S. 47 f.). Unter Berücksichtigung der Ergebnisse der neuropsychologischen Untersuchung sowie seiner eigenen psychiatrischen Untersuchungen kam Dr. F. \_\_\_ in seinem Gutachten vom 16. Februar 2017 (vgl. IV-act. 59 S. 1) zum Schluss, dass keine psychiatrische Diagnose gestellt werden könne. Die Arbeitsfähigkeit des Versicherten sei daher aus psychiatrischer Sicht weder in der angestammten noch in einer adaptierten Tätigkeit eingeschränkt. Auch liessen sich keine eindeutigen Hinweise dafür finden, dass die Arbeitsfähigkeit zu einem früheren Zeitpunkt eingeschränkt gewesen sei (IV-act. 59 S. 33 f.). Am 6. April 2017 beurteilte der regionale ärztliche Dienst (RAD) das psychiatrische Gutachten, ergänzt durch eine neuropsychologische Abklärung, als aussagekräftig. Weiter hielt er fest, dass sowohl in der psychiatrischen als auch in der neuropsychologischen Untersuchung Hinweise auf starke Aggravation, Diskrepanzen, Widersprüche und eindeutige Falschangaben beobachtet worden seien (IV-act. 60). Am 10. April 2017 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, dass sie das Begehren um berufliche Massnahmen abweise, da eine volle Arbeitsfähigkeit vorliege (IV-act. 63). Mit Vorbescheid vom 1. Mai 2017 stellte die IV-Stelle dem Versicherten die Abweisung seines Rentenbegehrens bei einem Invaliditätsgrad von 0 % in Aussicht (IV-act. 66). Dagegen wandte der anwaltlich vertretene Versicherte am 22. Mai 2017 (IV-act. 67) bzw. 29. Juni 2017 (IV-act. 70 S. 1) ein, ihm seien die gesetzlichen Leistungen, insbesondere eine ganze Rente ab September 2016 auszurichten. Eventualiter seien weitere medizinische Abklärungen vorzunehmen. Zu diesem Zweck sei über ihn ein neues psychiatrisches sowie neuropsychologisches Gutachten einzuholen; alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen (IV-act. 70 S. 1 ff.). Der Versicherte reichte einen Bericht von Dr. B. \_\_\_ vom 26. Juni 2017 ein. Dieser hatte darin die Diagnosen andauernde Persönlichkeitsänderung nach extremer Belastung während des Krieges 19\_\_ sowie rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode mit somatischen Symptomen, genannt. Weiter hatte er ausgeführt, dass der Versicherte aufgrund der andauernden Persönlichkeitsänderung auf dem freien Wirtschaftsmarkt nicht arbeitsfähig sei. Die Persönlichkeitsänderungen und Persönlichkeitsstörungen manifestierten sich nicht vordergründig mit psychopathologischen Auffälligkeiten, sondern mit Verhaltensauffälligkeiten. Beim Versicherten würden seit mindestens 19\_\_ ein anhaltend auffälliges Verhaltensmuster bezüglich Kognitionen und

Wahrnehmungen der sozialen Interaktionen, eine ausgeprägte Vermeidungshaltung, eine hochgradige Abhängigkeit gegenüber der Familie, eine jahrelange Passivität mit sozialem Rückzug, eine anhaltende Hoffnungslosigkeit sowie eine erhöhte Schreckhaftigkeit und Alpträume bestehen, was anamnestisch erhoben werden könne, nicht aber bei der Erhebung der Psychopathologie nach AMDP. Eine depressive Störung habe bekanntlich einen phasenförmigen Verlauf. Während der gutachterlichen Untersuchung sei der Versicherte in einer Teilremissionsphase gewesen. Eine Aggravation könne ganz klar ausgeschlossen werden. Vielmehr liege beim Versicherten ein auffälliges Verhaltensmuster im Störungsbereich vor. Zur Medikamenten-Compliance hatte sich Dr. B. \_\_\_ dahingehend geäußert, der Gutachter hätte verschwiegen, dass das Antidepressivum Sertralin im therapeutischen Bereich gelegen habe. Das Neuroleptikum habe der Versicherte als Beruhigungsmittel eingenommen, während der therapeutische Bereich für die Behandlung der Schizophrenie oder anderer psychotischer Zustände bestimmt sei. In niedrigen Dosen verschrieben, werde das Neuroleptikum aber auch zur Behandlung anderer Störungsbilder verwendet. Auch das angstlösende Medikament Xanax habe der Versicherte eingenommen, jedoch werde bei Langzeitpatienten versucht, dieses durch Präparate ohne Suchtgefahr zu ersetzen. Das von der Beschwerdegegnerin eingeholte psychiatrische Gutachten erfülle aber die Leitlinien für psychiatrische Gutachten (IV-act. 70 S. 5 ff.). Zum Bericht von Dr. B. \_\_\_ nahm der RAD am 28. September 2017 Stellung. Er führte aus, dass das Gutachten von Dr. F. \_\_\_ die Leitlinien für psychiatrische Gutachten erfülle, was auch Dr. B. \_\_\_ bestätigt habe. Die Kriterien für eine Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung seien, anders als von Dr. B. \_\_\_ angegeben, gemäss ICD-10 klar definiert. Die geltend gemachte Persönlichkeitsänderung sei aus den von Dr. B. \_\_\_ genannten Angaben nicht abzuleiten. Die im psychiatrischen Gutachten erhobenen Befunde erfüllten die Kriterien einer relevanten psychischen Erkrankung nicht. Die von Dr. B. \_\_\_ genannten Verhaltensauffälligkeiten würden von Dr. F. \_\_\_ zu den invaliditätsfremden Faktoren gezählt, was bei einem fehlenden Gesundheitsschaden nachvollziehbar sei. Dr. F. \_\_\_ habe entgegen der Darstellung von Dr. B. \_\_\_ nicht die niedrige Dosierung der Neuroleptika kritisiert, sondern dass der Versicherte zur Medikamenteneinnahme am Tag der Begutachtung falsche Angaben gemacht habe. Schliesslich widerspreche die getestete hoch auffällige Beschwerdevalidierung mit eindeutigen Hinweisen auf ein suboptimales Leistungsverhalten objektiv der Einschätzung von Dr. B. \_\_\_, wonach eine Aggravation beim Versicherten nicht möglich sei. Es sei weiterhin auf das Gutachten abzustellen (IV-act. 71). Mit Verfügung vom 2. Oktober 2017 wies die IV-Stelle das Rentenbegehren des Versicherten in der Annahme einer Arbeitsunfähigkeit von 0 % und eines Invaliditätsgrades von 0 % ab (IV-act. 72). Gegen diese Verfügung erhob der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer), vertreten durch seine Rechtsanwältin, am 12. Oktober 2017 Beschwerde. Darin beantragte er, die Verfügung der IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) vom 2. Oktober 2017 sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, ihm ab März 2016 eine ganze Invalidenrente auszurichten. Eventualiter sei ein medizinisches Gerichtsgutachten in den Disziplinen Innere Medizin, Psychiatrie, Neuropsychologie und Kardiologie einzuholen. Subeventualiter sei die Sache zu weiteren medizinischen Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, wobei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten sei, über ihn ein polydisziplinäres Gutachten in den Disziplinen Innere Medizin, Psychiatrie, Neuropsychiatrie und Kardiologie einzuholen; alles unter Kosten und Entschädigungsfolge zulasten der Beschwerdegegnerin. Weiter beantragte der Beschwerdeführer die unentgeltliche Rechtspflege und

Rechtsverbeiständung (act. G 1). Am 18. Oktober 2017 entsprach der verfahrensleitende Richter dem Gesuch um Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege und Rechtsverbeiständung für das Verfahren vor Versicherungsgericht (act. G 2). In ihrer Beschwerdeantwort vom 30. November 2017 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde (act. G 4). In seiner Replik vom 3. Januar 2018 hielt der Beschwerdeführer an seinem in der Beschwerde gestellten Antrag fest (act. G 6). Mit Schreiben vom 20. Januar 2018 verzichtete die Beschwerdegegnerin auf die Einreichung einer Duplik und hielt an ihrem in der Beschwerdeantwort gestellten Antrag fest (act. G 8). Am 31. Oktober 2019 reichte Dr. B. \_\_\_ einen Bericht ein, in welchem er darlegte, warum aus seiner Sicht die Kriterien einer posttraumatischen Belastungsstörung bzw. einer Persönlichkeitsveränderung im vorliegenden Fall gegeben seien. Weiter kritisierte er unter Verweis auf seinen Bericht vom 26. Juni 2017, dass sich Dr. F. \_\_\_ nur oberflächlich mit der Entstehung und mit dem Symptomverlauf der diagnostizierten Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung auseinandergesetzt habe (act. G 12). Am 13. November 2019 nahm die Beschwerdegegnerin zum Bericht von Dr. B. \_\_\_ vom 31. Oktober 2019 dahingehend Stellung, dass das von Dr. F. \_\_\_ erstattete Gutachten vom 16. Februar 2017 lege artis erstellt worden sei. Selbst Dr. B. \_\_\_ habe festgehalten, dass es die Leitlinien für psychiatrische Gutachten erfülle. Gemäss Dr. F. \_\_\_ seien die von Dr. B. \_\_\_ gestellten Diagnosen und dessen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nicht nachvollziehbar. Dr. F. \_\_\_ sei davon ausgegangen, dass sich Dr. B. \_\_\_ im Wesentlichen auf die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers abgestützt habe. Auch der neu eingereichte Bericht könne das Gutachten nicht entkräften (act. G 15). Zusammen mit ihrem Schreiben vom 13. November 2019 reichte die Beschwerdegegnerin eine Stellungnahme des RAD vom 12. November 2019 ein. In dieser hatte der RAD im Wesentlichen festgehalten, dass sich im Rahmen der Begutachtung derart deutliche Hinweise auf ein suboptimales Leistungsverhalten gezeigt hätten, sodass die geltend gemachten Funktionseinschränkungen nicht hätten glaubhaft gemacht werden können. Aufgrund der eingeschränkten Mitwirkung sei bezüglich der Persönlichkeit keine zuverlässige Einschätzung möglich gewesen. Eine psychiatrische Diagnose habe nicht gestellt werden können. Dr. B. \_\_\_ beschreibe ein Beschwerdebild mit Passivität, welches aus dem Zusammenhang gerissen recht eindrücklich erscheine, im Kontext der gesamten Akten jedoch auch durch fehlende Eingliederungsmotivation bei ohnehin tragendem Sozialsystem erklärbar sein könne. Da harte Fakten das Motivationsdefizit des Beschwerdeführers belegen würden, sei die gutachterliche Einschätzung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zutreffender als diejenige von Dr. B. \_\_\_ (act. G 15.1). Erwägungen Im vorliegenden Verfahren strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin einen Rentenanspruch des Beschwerdeführers zu Recht abgelehnt hat. Einen Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung haben Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können, während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Invalidität ist gemäss Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit wird in Art. 7 Abs. 1 ATSG als der durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung

verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt definiert. Die Invalidität ist grundsätzlich durch einen Einkommensvergleich zu ermitteln. Dabei 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 kann, in Beziehung gesetzt zum Einkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG). Um den Arbeitsfähigkeitsgrad bestimmen 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 dabei, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4). Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweis). Zunächst ist zu prüfen, ob aufgrund der vorliegenden medizinischen Aktenlage der Arbeitsfähigkeitsgrad des Beschwerdeführers mit überwiegender Wahrscheinlichkeit feststeht (zum Beweismass siehe BGE 138 V 221 E. 6 und Urteil des Bundesgerichts vom 2. August 2017, 8C\_128/2017, E. 2). Während sich die Beschwerdegegnerin für die Ablehnung des Rentenanspruchs in erster Linie auf das Gutachten von Dr. F.\_\_\_\_ gestützt hat (vgl. IV-act. 72; act. G 4), bestreitet der Beschwerdeführer die Beweiskraft des Gutachtens aus verschiedenen Gründen (act. G 1 und G 6). Zunächst kritisiert der Beschwerdeführer, dass die Beschwerdegegnerin kein polydisziplinäres Gutachten eingeholt habe. Er ist der Ansicht, dass nicht nur eine Begutachtung in den Fachrichtungen Psychiatrie und Neuropsychologie, sondern auch eine solche in den Disziplinen Innere Medizin sowie Kardiologie angezeigt gewesen wäre. Zudem behauptet der Beschwerdeführer, dass die Beschwerdegegnerin das für polydisziplinäre Gutachten vorgesehene Zufallsprinzip bewusst umgangen habe, indem sie zunächst ein psychiatrisches Gutachten und später ergänzend ein neuropsychologisches Gutachten in Auftrag gegeben habe. Die Beschwerdegegnerin habe den Gutachtensauftrag bewusst Dr. F.\_\_\_\_ übertragen wollen, da es sich bei ihm um einen "Gesundschreiber" handle (act. G 1 S. 10). Anhaltspunkte dafür, dass eine psychiatrische Begutachtung (inklusive neuropsychologischer Abklärung) nicht ausreichend gewesen ist, sondern im Rahmen einer Begutachtung auch die Disziplinen Allgemeine Innere Medizin und Kardiologie hinzuzuziehen gewesen wären, können den Akten nicht entnommen werden. In seiner IV-Anmeldung hat der Beschwerdeführer im Wesentlichen lediglich auf psychische Probleme hingewiesen (vgl. IV-act. 1 S. 5). Auch das Assessmentgespräch vom 20. November 2015 hat keine konkreten Hinweise auf andere Erkrankungen geliefert (vgl. IV-act. 21). Als aktuelle Behandlungen sind im Assessmentprotokoll lediglich eine Therapie bei Dr. B.\_\_\_\_ sowie eine Medikation zur Behebung der psychischen Probleme genannt worden (IV-act. 21 S. 2). Die vom Beschwerdeführer angegebene Müdigkeit hat er in erster Linie auf die Einnahme der Medikamente zurückgeführt. Dr. B.\_\_\_\_ hat die rasche Ermüdung, den vermehrten Erholungsbedarf sowie die allgemein eingeschränkte Belastbarkeit als Folge der psychischen Beschwerden beschrieben. Er hat nicht auf somatische Beschwerden verwiesen

(vgl. IV-act. 14 S. 1). Auch aus dem Verlaufsprotokoll zur Eingliederung gehen mit Ausnahme der Erwähnung eines Besuchs beim Herzspezialisten keine Hinweise auf andere Erkrankungen hervor (vgl. IV-act. 35). Hinsichtlich einer allfälligen Herzproblematik liegt ein Bericht von Dr. D. \_\_\_ vor, welcher festgehalten hat, er glaube nicht, dass die Beschwerden koronar oder kardial bedingt seien (IV-act. 32). Aus diesem Grund und mangels anderer Berichte oder Angaben des Beschwerdeführers bezüglich weiterer kardiologischer Untersuchungen oder Therapien ist es nachvollziehbar, dass die Beschwerdegegnerin keine Veranlassung für eine kardiologische Abklärung gesehen hat. Sodann hat der RAD in seiner Stellungnahme vom 4. Oktober 2016 lediglich eine fachpsychiatrische Abklärung mit Symptomvalidierung angeordnet. Daraus ist zu schliessen, dass er keine Notwendigkeit für Abklärungen in anderen Fachdisziplinen gesehen hat (IV-act. 47). Überdies hat der Beschwerdeführer, als ihm die psychiatrische Begutachtung angezeigt worden ist (vgl. IV-act. 49), nicht geltend gemacht, an anderen Beschwerden zu leiden. Schliesslich hat auch der psychiatrische Gutachter keine Veranlassung dazu gesehen, Spezialisten aus dem Bereich der Inneren Medizin oder der Kardiologie beizuziehen, obwohl der Beschwerdeführer anlässlich der Begutachtung plötzlich Kopfschmerzen beklagt hat (vgl. z.B. IV-act. 59 S. 10). Nach dem Gesagten ist es nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin lediglich eine psychiatrische Begutachtung in Auftrag gegeben hat. Sollte der Beschwerdeführer entgegen der Aktenlage noch an weiteren Beschwerden leiden, steht es ihm natürlich offen, unter Vorlage entsprechender Unterlagen sich erneut bei der Beschwerdegegnerin anzumelden. Weiter gibt es entgegen der Behauptung des Beschwerdeführers auch keine Indizien dafür, dass die Beschwerdegegnerin das für polydisziplinäre Begutachtungen vorgesehene Zufallsprinzip bewusst umgangen hat, indem sie nicht gleichzeitig eine neuropsychologische und psychiatrische Begutachtung angeordnet hat. Vielmehr hat sie sich an die Empfehlung des RAD gehalten, wonach eine fachpsychiatrische Begutachtung mit ausführlicher, testgestützter Diagnostik inklusive Symptomvalidierung einzuholen sei (vgl. IV-act. 47 S. 2). Ohnehin ist es für die Frage, ob eine Gutachterstelle per Zufallsprinzip auszulosen ist, nicht von Relevanz, ob sich die Begutachtung auf eine oder zwei Disziplinen erstreckt, da das Zufallsprinzip erst ab drei Disziplinen vorgeschrieben ist (vgl. Art. 72 bis IVV). Folglich hätte die Beschwerdegegnerin auch bei gleichzeitiger Anordnung der psychiatrischen und neuropsychologischen Untersuchung auf die Anwendung des Zufallsprinzips verzichten können. Der Vorwurf des Beschwerdeführers ist somit nicht stichhaltig. Soweit der Beschwerdeführer sinngemäss pauschal geltend macht, Dr. F. \_\_\_ sei befangen gewesen, ist dem entgegenzuhalten, dass er keine plausiblen Gründe nennt, die auf eine Befangenheit hinweisen könnten. Auch ergeben sich aus der Aktenlage keine Anhaltspunkte, die den Anschein der Befangenheit erwecken könnten. Weiter bemängelt der Beschwerdeführer, dass das Gutachten auf einer unvollständigen Aktenlage beruhe. Bei Dr. B. \_\_\_ habe die Beschwerdegegnerin nämlich lediglich IV-Berichte eingeholt. Weitere Aufzeichnungen bzw. Berichte, insbesondere der Austrittsbericht der Klinik C. \_\_\_ zur tagesklinischen Behandlung im Juli/August 2015, fehlten in den Akten (act. G 1 S. 10 f.). Es reiche nicht, dass sich den in den Akten liegenden Berichten die Einschätzung der Behandler entnehmen lasse, vielmehr müsse sich aus der Aktenlage der Gesundheitsverlauf abzeichnen (act. G 6 S. 3). In den Akten befindet sich sowohl ein Bericht der Klinik C. \_\_\_ vom 5. Oktober 2015, in dem die tagesklinische Behandlung im Juli/August 2015 erwähnt ist (IV-act. 14), als auch ein Bericht von Dr. B. \_\_\_ vom 11. August 2016. In diesem hat sich Dr. B. \_\_\_ nicht nur zur gegenwärtigen Situation des Beschwerdeführers, sondern auch zur

bisherigen Behandlung und Krankheitsentwicklung geäussert (vgl. IV-act. 44 S. 2). Diese Berichte haben Dr. F.\_\_\_\_ vorgelegen (vgl. IV-act. 59 S. 4 und 6). Demnach ist davon auszugehen, dass Dr. F.\_\_\_\_ für seine Beurteilung ausreichend dokumentiert gewesen ist. Sodann ist der Beschwerdeführer am 9. Dezember 2016 und 16. Januar 2017 von Dr. F.\_\_\_\_ untersucht worden (IV-act. 59 S. 1). Am 9. Februar 2017 hat die neuropsychologische Abklärung durch Dr. G.\_\_\_\_ stattgefunden (IV-act. 59 S. 40). Schliesslich hat der Beschwerdeführer im Vorbescheidverfahren einen weiteren Bericht von Dr. B.\_\_\_\_ vom 26. Juni 2017 eingereicht (IV-act. 70 S. 5 ff.). Auch im Beschwerdeverfahren hat Dr. B.\_\_\_\_ am 31. Oktober 2019 einen erneuten Bericht zugestellt (act. G 12). Insofern ist der psychiatrische Krankheitsverlauf für den vorliegend interessierenden Zeitraum ausreichend dokumentiert. Jedenfalls ist nicht anzunehmen, dass von der Einholung weiterer Verlaufsberichte noch entscheidungswesentliche Erkenntnisse zu erwarten wären. Schliesslich macht der Beschwerdeführer geltend, dass Dr. F.\_\_\_\_ die Differenzen zwischen seiner Diagnosestellung und derjenigen von Dr. B.\_\_\_\_ nicht rechtsgenügend begründet hätte. Auch die Arbeitsfähigkeitsschätzung von Dr. F.\_\_\_\_ stehe in einem krassen Widerspruch zu der von Dr. B.\_\_\_\_ attestierten Arbeitsunfähigkeit (act. G 1 S. 12). Dr. F.\_\_\_\_ hat sich in seinem psychiatrischen Gutachten mit der abweichenden Einschätzung von Dr. B.\_\_\_\_ ausreichend auseinandergesetzt. Er hat ausgeführt, dass die Haltung von Dr. B.\_\_\_\_ widersprüchlich sei. Dessen diagnostische Einschätzung sei unklar. Zunächst habe Dr. B.\_\_\_\_ dem Beschwerdeführer nur eine Teilarbeitsfähigkeit attestiert und sei vom Erreichen einer 100%igen Arbeitsfähigkeit ausgegangen. Nachdem eine solche Arbeitsfähigkeit im Rahmen von Eingliederungsmassnahmen aufgrund der eingeschränkten Mitwirkung des Beschwerdeführers nicht möglich gewesen sei, habe Dr. B.\_\_\_\_ eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert. Auch sei unklar, weshalb zwei Störungen, die gemäss Dr. B.\_\_\_\_ seit 19\_\_ Bestand hätten, ab dem Jahr 2015 plötzlich eine relevante Einschränkung begründen sollten. Dr. F.\_\_\_\_ ist davon ausgegangen, dass die von Dr. B.\_\_\_\_ attestierte Einschränkung im Wesentlichen dem Umstand Rechnung trage, dass es aufgrund der psychosozialen Belastungsfaktoren doch eher unwahrscheinlich sein dürfte, dass der Beschwerdeführer wieder eingegliedert werden könne (IV-act. 59 S. 33). Der RAD hat in seiner Stellungnahme vom 28. September 2017 ebenfalls nachvollziehbar aufgezeigt, warum die Diagnosestellungen von Dr. B.\_\_\_\_ nicht überzeugen würden und warum an der gutachterlichen Einschätzung festgehalten werden könne (IV-act. 71). Weiter ist anzumerken, dass sowohl Dr. F.\_\_\_\_ als auch Dr. G.\_\_\_\_ Diskrepanzen in den Aussagen des Beschwerdeführers aufgefallen sind und dass die neuropsychologischen Tests auf ein suboptimales Leistungsverhalten hingewiesen haben (vgl. IV-act. 59 S. 25 ff. und 47 ff.). Schliesslich ist zu berücksichtigen, dass die behandelnden Ärzte aufgrund ihrer auftragsrechtlichen Vertrauensstellung eher geneigt sein können, zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten auszusagen (BGE 135 V 470 E. 4.5; Urteil des Bundesgerichts vom 29. Oktober 2014, 8C\_677/2014, E. 7.2). Sodann sind aus dem von Dr. B.\_\_\_\_ am 31. Oktober 2019 eingereichten Bericht keine neuen Befunde oder Gegebenheiten ersichtlich, die Dr. F.\_\_\_\_ bei seiner Begutachtung noch nicht vorgelegen haben (vgl. act. G 12). Auch der RAD hat sich durch den Bericht von Dr. B.\_\_\_\_ vom 31. Oktober 2019 nicht dazu veranlasst gesehen, von der gutachterlichen Einschätzung abzuweichen (act. G 15.1). Aufgrund dessen, dass bei einer psychiatrischen Beurteilung immer ein gewisser Ermessensspielraum besteht und unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Zielsetzungen eines Behandlungsauftrags auf der einen Seite und eines Begutachtungsauftrags auf der anderen Seite kann eine medizinische Expertise nicht stets

dann in Frage gestellt und zum Anlass weiterer Abklärungen genommen werden, wenn die behandelnden Ärzte an vorgängig geäusserten abweichenden Auffassungen festhalten (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 4. März 2013, 9C\_794/2012, E. 4.2, und vom 10. August 2011, 8C\_997/2010, E. 3.2). Die seitens des Beschwerdeführers vorgetragene Einwände hinsichtlich des von der Beschwerdegegnerin eingeholten psychiatrischen Gutachtens mit neuropsychologischer Abklärung erweisen sich nach dem Gesagten als unbegründet. Das Gutachten beruht auf eigenständigen Abklärungen und ist für die streitigen Belange umfassend. Die medizinischen Vorakten und die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden sind berücksichtigt worden. Die bescheinigte Arbeitsfähigkeit leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein. Insbesondere ist in diesem Zusammenhang nochmals auf die zahlreichen Inkonsistenzen in den Aussagen bzw. Verhaltensweisen des Beschwerdeführers hinzuweisen, die dazu beigetragen haben, dass eine schlüssige Validierung allfällig vorhandener Einschränkungen kaum möglich gewesen ist (vgl. insbesondere IV-act. 59 S. 25 ff. und 47 f.). Das Gutachten erscheint in seiner Gesamtheit nachvollziehbar. Weiter bestehen keine Anhaltspunkte dafür, dass objektiv wesentliche Tatsachen im Gutachten nicht berücksichtigt worden wären. Auch hat Dr. F.\_\_\_\_ seine Einschätzung unter Berücksichtigung der einschlägigen Standardindikatoren vorgenommen (vgl. IV-act. 59 S. 27 ff.). Schliesslich hat auch der RAD das Gutachten als aussagekräftig beurteilt (IV-act. 60) und selbst Dr. B.\_\_\_\_ hat festgehalten, dass das Gutachten den einschlägigen Leitlinien entspreche (IV-act. 70 S. 5). Folglich kann auf die Einschätzung von Dr. F.\_\_\_\_, wonach sowohl in der angestammten als auch in einer adaptierten Tätigkeit von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen ist (IV-act. 59 S. 34 f.), abgestellt werden. Angesichts dessen, dass sich die 100%ige Arbeitsfähigkeit vorliegend auch auf den angestammten Tätigkeitsbereich des Beschwerdeführers bezieht, besteht offensichtlich kein rentenbegründender Invaliditätsgrad von 40 %. Deshalb erübrigen sich weitere Ausführungen zum Einkommensvergleich. Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde gegen die angefochtene Verfügung abzuweisen. 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. Dem unterliegenden Beschwerdeführer sind die Gerichtskosten in der Höhe von Fr. 600.-- aufzuerlegen. Zuzufolge unentgeltlicher Rechtspflege ist der Beschwerdeführer jedoch von der Bezahlung der Gerichtskosten zu befreien. Der Staat bezahlt zufolge unentgeltlicher Rechtsverteidigung die Kosten der Rechtsvertretung des Beschwerdeführers. Die Parteientschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (vgl. Art. 61 lit. g ATSG). In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b der Honorarordnung (HonO; sGS 963.75; in der vorliegend anwendbaren, seit 1. Januar 2019 gültigen Fassung, siehe Art. 30 bis HonO) pauschal Fr. 1'500.-- bis Fr. 15'000.--. In der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit erscheint mit Blick auf vergleichbare Fälle eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- als angemessen. Diese ist um einen Fünftel zu kürzen (Art. 31 Abs. 3 des Anwaltsgesetzes [AnwG; sGS 963.70]). Somit hat der Staat die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers pauschal mit Fr. 2'800.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen. Eine Partei, der die unentgeltliche Rechtspflege gewährt worden ist, ist zur Nachzahlung

verpflichtet, sobald sie dazu in der Lage ist (Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung [ZPO; SR 272] i.V.m. Art. 99 Abs. 2 des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege [VRP; sGS 951.1]). Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP Die Beschwerde wird abgewiesen. Der Beschwerdeführer wird von der Bezahlung der Gerichtsgebühr in der Höhe von Fr. 600.-- zufolge unentgeltlicher Rechtspflege befreit. Der Staat entschädigt die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers zufolge unentgeltlicher Rechtsverteistandung mit Fr. 2'800.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer).

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