

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2017/42 vom 16. Mai 2019

Sg Versicherungsgericht, 2019-05-16, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2017_42

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2017/42 du 16 mai 2019

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2017/42 del 16 maggio 2019

Regeste

Art. 7 ATSG; Art. 8 ATSG; Art. 28 IVG: Festlegung der Arbeitsfähigkeit aufgrund eines Berichts eines externen neurologischen Facharztes und aufgrund von Berichten behandelnder Fachärzte. Invalidenversicherungsrechtlich besteht in adaptierten Tätigkeiten keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (Entscheidung des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 16. Mai 2019, IV 2017/42). Aufgehoben durch Urteil des Bundesgerichts 8C_467/2019.

Erwägungen

E. 1.1

Die Mitteilung vom 3. April 2013 (IV-act. 59) bezieht sich in ihrer Begründung zwar auf den Anspruch auf berufliche Massnahmen, insbesondere auf Arbeitsvermittlung. Ihrem Wortlaut zufolge umfasst die Abweisung indessen das ganze Leistungsbegehren, auch hinsichtlich des Rentenanspruchs. Der Beschwerdeführer hat im Anschluss an die Mitteilung keine anfechtbare Verfügung beantragt oder geltend gemacht, die Abweisung seines Gesuchs hätte der Verfügungsform bedurft. Erst über ein Jahr später teilte sein Hausarzt der IV-Stelle mit, dessen Gesundheitszustand habe sich verschlechtert (IV-act. 61-1 f.). Die Mitteilung vom 3. April 2013 hat somit die Wirkung einer rechtskräftigen abweisenden Verfügung erlangt (vgl. BGE 134 V 145). Gegenstand dieses Beschwerdeverfahrens bildet ausschliesslich ein allfälliger Rentenanspruch. Die Verfügung vom 3. Juni 2015 betreffend berufliche Massnahmen (IV-act. 130) und vom 18. August 2015 betreffend unentgeltliche Rechtsverteidigung im Vorbescheidverfahren (IV-act. 136) sind demgegenüber unangefochten in Rechtskraft erwachsen.

E. 1.2

Die richterliche Überprüfung einer Verwaltungsverfügung ist grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses dieser Verfügung eingetretenen Sachverhalt beschränkt. Tatsachen, die sich erst später verwirklichen, sind soweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens zu beeinflussen (BGE 131 V 243 E. 2.1; BGE 129 V 4 E. 1.2 und Urteil des Bundesgerichts vom 27. Mai 2008, 9C_24/2008, E. 2.3.1, mit Verweisen). Der vom Beschwerdeführer ins Recht gelegte Bericht über die Notfallkonsultation im Spital N.____ vom 30. Mai 2017 betrifft eine notfallmässige Vorstellung am Vortag wegen Luftnot, "Spannungsgefühl am Herzen" und Kribbeln an den Extremitäten. Es wurde der Verdacht auf eine Panikattacke erhoben (act. G 10.1). Dabei handelt es sich um ein zeitlich abgegrenztes und ausschliesslich den Zeitraum nach der angefochtenen Verfügung vom 15. Dezember 2016 betreffendes Ereignis. Auch der

MRI-Bericht vom 12. Oktober 2018 betrifft eine fast zwei Jahre nach Erlass der angefochtenen Verfügung erfolgte Untersuchung. Er beinhaltet zudem den Vergleich zum Ergebnis einer ebenfalls nach der Verfügung angefertigten MRI-Untersuchung vom 4. Mai 2017 (act. G 13.1). Die beiden Berichte wären demnach lediglich relevant, soweit sie vor Erlass der angefochtenen Verfügung festgestellte Befunde oder Diagnosen bestätigen oder in Frage stellen würden, was nicht der Fall ist.

E. 2.1

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die gesuchstellende Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 und 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV]). Ist die anspruchserhebliche Änderung glaubhaft gemacht, ist die Verwaltung verpflichtet, auf das neue Leistungsbegehren einzutreten und es in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht umfassend zu prüfen (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 17. April 2018, 9C_589/2017, E. 4, mit weiteren Verweisen, vom 6. Juni 2018, 8C_868/2017, E. 3.1 und vom 3. August 2018, 8C_177/2018, E. 3.3).

E. 2.2

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

E. 2.3

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). Ein invalidenversicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden setzt eine auf objektivierten Beschwerden beruhende fachärztlich gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 130 V 396 E. 5.3 und E. 6, BGE 141 V 289 E. 3.2; Urteil des Bundesgerichts vom 22. Februar 2016, 8C_1/2016, E. 4.3). Erforderlich ist zudem, dass sich der Gesundheitsschaden auf die Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit auswirkt (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 30. November 2017, 8C_350/2017, E. 5.4, und vom 27. März 2015, 8C_673/2014, E. 5.1.1; BGE 143 V 427 E. 6). Für somatisch unklare Beschwerdebilder (somatoforme Schmerzstörung und gleichgestellte Diagnosen) sowie psychische Erkrankungen wie namentlich Depressionen ist der Beweis nach dem strukturierten Verfahren mittels Indikatoren zu führen (vgl. dazu BGE 141 V 281 und BGE 143 V 428, E. 7.1). Der Beweis für eine lang andauernde und

erhebliche gesundheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit kann nur dann als geleistet betrachtet werden, wenn die Prüfung der massgeblichen Beweisthemen im Rahmen einer umfassenden Betrachtung ein stimmiges Gesamtbild einer Einschränkung in allen Lebensbereichen (Konsistenz) für die Bejahung einer Arbeitsunfähigkeit zeigt (BGE 143 V 427, E. 6 a. E.).

E. 2.4

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 der Fachperson 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). Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen mittels unabhängiger Begutachtung vorzunehmen (BGE 135 V 469 f. E. 4.4).

E. 3

Vorliegend ist insbesondere zu prüfen, ob seit dem Gutachten der MEDAS Bern Anhaltspunkte für eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten sind, welche die Massgeblichkeit der damaligen Beurteilung so in Frage stellen, dass weitere Abklärungen erforderlich wären.

E. 3.1

Mit Bezug auf die lumbale Wirbelsäule wurde im Gutachten vom 11. März 2013 festgehalten, es bestünde eine leichte Bandscheibenproblematik L4/5, jedoch ohne radikuläre Kompression. In neurologischer Hinsicht ergäben sich zwar vorwiegend degenerative Veränderungen der LWS. Diagnostisch wurden diese als Lumbalgien ohne Hinweise auf radikuläre Störungen erfasst. Weiter wurde ausgeführt, die vom Beschwerdeführer berichteten sonstigen Beschwerden hätten kein eindeutig zuzuordnendes klinisches Korrelat gezeigt (Fremdakten, act. 4-13, 21). Prof. H.____ führte im Aktenauszug MRI-Befunde der LWS vom 1. Mai 2014 und vom 21. April 2015 an. Im zweitgenannten wurde eine progrediente, links neuroforaminal betonte Discusherniation mit Tangierung der Nervenwurzel S1 links, verstärkt im Verlauf zur Voruntersuchung, sowie eine stabile Osteochondrosis intervertebralis lumbalis L4/5 birecessal mit Tangierung der Nervenwurzel L5 beidseits beschrieben (IV-act. 137-2). Klinisch war die Untersuchung durch Prof. H.____

insgesamt unauffällig (IV-act. 137-4). Es lägen weder motorische noch sensible Defizite vor, die Ausdruck einer Radikulopathie der (HWS oder) LWS seien. Insgesamt lägen degenerative Veränderungen der LWS (und HWS) vor, die vermutlich die Rückenschmerzen erklären könnten (IV-act. 138-3). Die Elektromyographie aus dem von S1 links versorgten M. gastrocnemius sei regelrecht gewesen. Hinweise auf eine lumbale Radikulopathie gebe es hier ebenfalls nicht (IV-act. 137-4). Zur Abklärung grenzwertig verzögerter, somato-sensibel evozierter Potentiale bzw. zum sicheren Ausschluss einer auch subklinisch relevanten zervikalen Myelopathie veranlasste er ein MRI des Neurocraniums (IV-act. 137-4), welches einen unauffälligen Befund ergab. Prof. H. ___ schloss daraus, dass die Verzögerung der SEP-Latenzen bei der Stimulation der Beinnerven eher technisch bedingt oder allenfalls Ausdruck einer sehr diskreten Myelopathie sei, die weder klinisch noch bildgeberisch relevant sei (IV-act. 138-3). Abschliessend hielt er fest, es lägen degenerative Veränderungen an der LWS vor, die vermutlich die Rückenschmerzen erklärten. Die Blockaden mit Geheinschränkungen sowie das Taubheitsgefühl in den Füssen liessen sich neurologisch nicht weiter objektivieren und erklären (IV-act. 138-3). Somit liegen an der Lendenwirbelsäule zwar degenerative Befunde mit Tangierung bzw. Kompression insbesondere der S1- Wurzel vor (vgl. auch Bericht Prof. F. ___ vom 20. Mai 2015, IV-act. 126-6 f.), diese führen jedoch klinisch zu keinen relevanten motorischen oder sensiblen Defiziten. Zu den die Rückenschmerzen erklärenden degenerativen Befunden nahm Dr. G. ___ am 2. Oktober 2015 Stellung, diese würden im adaptierten Tätigkeitsprofil bereits berücksichtigt (IV-act. 139). Die Degenerationen im Bereich der LWS sind demnach zwar progredient, sie wirken sich aber in quantitativer Hinsicht aktuell nicht auf die Arbeitsfähigkeit aus. Bezüglich der bildgebend festgestellten radikulären Befunde legt Prof. H. ___ unter Berücksichtigung klinischer, bildgebender und elektromyographischer Befunde schlüssig und nachvollziehbar dar, dass diese sich klinisch nicht auswirkten und die geklagten Beschwerden in den Beinen entsprechend nicht erklärbar seien. Sie sind deshalb für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht relevant, da sie zu keinen Funktionseinschränkungen führen (vgl. auch Stellungnahme RAD-Ärztin Dr. G. ___ vom 5. September 2014, IV-act. 97). Daran vermag auch nichts zu ändern, dass Dr. J. ___ festhielt, betreffend der Knieschmerzen müsse von einer lumbospondylogenen Ursache ausgegangen werden (IV-act. 149). Dr. J. ___ erhob hinsichtlich des Rückens keine Befunde und stellte auch keine Diagnose für diesen Bereich. Aus seinen Berichten geht auch nicht hervor, dass ihm die die Lendenwirbelsäule betreffenden Berichte bekannt gewesen wären (vgl. IV-act. 148 f.). Seine Feststellung einer möglichen lumbospondylogenen Ursache der Knieschmerzen vermag daher die Beurteilung von Prof. H. ___ nicht in Frage zu stellen.

E. 3.2

Hinsichtlich der Halswirbelsäule erhob der MEDAS-Gutachter als Diagnose ein Zervikalsyndrom nach PW-Unfall am 25. Dezember 2011. Auch wenn geringfügige lokalsegmentale Bewegungsstörungen der HWS bestehen könnten, hätten diese keine relevanten Auswirkungen auf die Funktionalität und somit auf die Arbeitsfähigkeit (Fremdakten, act. 4-13). Dr. D. ___ führte im Bericht vom 4. September 2013 aus, es lägen aktuelle MRI-Bilder der Halswirbelsäule vor, die einerseits Spondylophyten bei C6/7 und beginnende leichte Spondylophyten bei C5/6 zeigten, andererseits auch Bandscheibenvorfälle. Der Vorfall C6/7 sei besonders in der Axialschicht deutlich Myelon-komprimierend (IV-act. 61-3 f.). Dr. E. ___ berichtete am 21. November 2013 über ein chronisches, cervikospondylogenes Schmerzsyndrom, bei medianer Diskushernie C6/C7 mit leichter Myelonkompression ohne Myelopathie (IV-act. 61-5 f.). Prof. H. ___

fand auch im Bereich der HWS klinisch-neurologisch keine auf eine Radikulopathie hinweisenden Defizite, jedoch degenerative Veränderungen, welche die Nackenschmerzen, nicht aber die angegebene Ausstrahlung in den linken Arm und die angegebene Schwäche in der rechten Hand nach Stromunfall im Oktober 2010 erklären könnten. Diagnostisch hielt er eine relative zervikale Spinalkanalstenose HWK 6/7, klinisch-neurologisch inapparent, sowie einen Status nach HWS Distorsion Grad II (QTF-Klassifikation) 2011 fest (IV-act. 138-2 f.). RAD-Ärztin Dr. G. ___ führte auch hinsichtlich der degenerativen Veränderungen der HWS aus, diese seien im adaptierten Tätigkeitsprofil bereits berücksichtigt (IV-act. 139). Soweit der Beschwerdeführer geltend macht, Prof. H. ___ erkläre die festgestellten Latenzen im Bereich C6/7 als technisch bedingt und verkenne dabei, dass eine Myelonkompression nachgewiesen sei, ist darauf hinzuweisen, dass Prof. H. ___ aufgrund der elektromyographischen Befunde ein MRI des Neurocraniums anfertigen liess, welches weitgehend unauffällig war (vgl. E. 3.1). Seine Beurteilung der Befunde als technisch indiziert stützt sich somit auf diesen MRI-Befund sowie auf den Umstand, dass der Beschwerdeführer bei der Untersuchung keine höheren Reizströme tolerierte. Sodann wurde das MRI nicht zum Ausschluss einer Myelonkompression, sondern einer Myelopathie angeordnet. Die bildgebend festgestellte Myelonkompression steht daher nicht im Widerspruch zur Beurteilung der Messresultate als technisch bedingt. So wird das Vorhandensein einer Myelopathie auch von Dr. E. ___ explizit verneint (IV-act. 61-5 f.). In diesem Zusammenhang dürfte auch der Hinweis von RAD-Ärztin Dr. G. ___ zu verstehen sein, dass eine Myelonkompression nicht identisch sei mit einer Myelopathie (Stellungnahme vom 8. April 2016, IV-act. 145). Hinsichtlich der Halswirbelsäule ist somit keine quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ausgewiesen.

E. 3.3

Dr. J. ___ hielt ausdrücklich fest, dass die beklagten ausgeprägten Beschwerden durch die festgestellten gering ausgeprägten degenerativen Veränderungen im Kniegelenk nicht erklärt werden könnten (IV-act. 149). Auch RAD-Arzt Dr. K. ___ wies auf die Diskrepanz zwischen der vom Beschwerdeführer angegebenen deutlichen Einschränkung der körperlichen Aktivitäten und dem klinisch erhobenen flüssigen, hinkfreien Gangbild hervor. Die geklagten ausgeprägten Beschwerden könnten weder bildgebend noch klinisch erklärt werden (27. Juni 2016, IV-act. 152-1). Nachvollziehbar erscheint auch, dass das durch MRI vom 13. September 2016 festgestellte Impingement keine quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bewirkt, da es vom Radiologen ausdrücklich als geringfügig bezeichnet wird (Bericht MRI vom 14. September 2016, IV-act. 158; Stellungnahme RAD-Arzt Dr. K. ___ vom 13. Oktober 2016 (IV-act. 159).

E. 3.4

Der psychiatrische Experte legte im psychiatrischen Teilgutachten vom 11. März 2013 dar, die Persönlichkeitsstruktur des Beschwerdeführers weise stärkere narzisstische Züge auf, die sich auch in der Affektwahrnehmung und Affektregulation äusserten. Während die narzisstischen Impulse früher durch schulische, sportliche und berufliche Erfolge hätten kompensiert werden können, hätten sie später zum dysfunktionalen Verhalten mit Störung der Bewältigung von Beschwerden und Konflikten geführt. Die dysfunktionalen Bewältigungsmuster manifestierten sich gegenwärtig als Dysfunktionalität im Hinblick auf die körperlichen Beschwerden und führten zur Schonung (Passivität und Vermeidung) im Sinne einer Symptorausweitung und damit einer weiteren Beschwerdeverstärkung. Die

Persönlichkeit weise auch eine besondere Empfindsamkeit, Sensibilität auf (Fremdakten, act. 4-19). Zusammenfassend ergebe sich das Bild einer Anpassungsstörung bei einer sensitiv narzisstisch, konstitutionell veranlagten Persönlichkeitsstruktur, die keiner relevanten Störung entspreche, jedoch zu einer dysfunktionalen Verarbeitung der somatischen Beschwerden beitrage. Aus psychiatrischer Sicht ergäben sich somit keine Leistungseinbussen zum gegenwärtigen Zeitpunkt (Fremdakten, act. 4-21, 23). Die behandelnde Dr. I. ___ führte im Arztbericht vom 13. April 2016 folgende Diagnosen an: chronische Schmerzen mit psychischen und somatischen Faktoren (ICD-10: F45.41), eine Persönlichkeitsakzentuierung, narzisstische und impulsive Anteile (ICD-10: F61.1) sowie Anpassungsprobleme bei Veränderungen der Lebensumstände (ICD-10: Z60.0). Die aktuelle finanzielle Situation, die Arbeitsunfähigkeit und fehlende Zukunftsperspektiven würden sehr belastend erlebt und hätten starken Einfluss auf das Wohlbefinden. Die Persönlichkeitsstruktur mit starken narzisstischen und impulsiven Anteilen erschwere die konstruktive Bewältigung der somatischen Probleme. Aus diesem Grund seien dysfunktionale Bewältigungsstrategien wie Vermeidung und Schonung entstanden. Die Einschränkungen führten zu einer massiven Selbstwertproblematik. Zudem bestehe eine eingeschränkte Introspektionsfähigkeit, aufgrund derer es sehr schwierig sei, funktionale Copingstrategien für die bestehenden Einschränkungen zu erlernen. Zweifelsohne sei die Wahrnehmung der somatischen Schmerzkomponente depressiv verstärkt, aber die Einschränkungen in der Beweglichkeit und Belastbarkeit seien zu einem nicht unerheblichen Teil auf die bestehenden Rückenbeschwerden zurückzuführen. Aus diesem Grund sei der Versicherte aus psychiatrischer Sicht und aufgrund der interpersonellen Schwierigkeiten, die wohl bei der vorhandenen Persönlichkeitsstruktur zu erwarten seien, zu ca. 30 % arbeitsunfähig (IV-act. 147-2 ff.). RAD-Arzt Dr. L. ___ äusserte dazu, in der Anamnese würden Schilderungen klinischer Symptome angeführt, die allerdings weder im psychopathologischen Status noch im Behandlungsbericht verifiziert würden. Eine Depression werde nicht diagnostiziert. Die Persönlichkeitsdiagnose sei nicht schwerwiegend; es werde keine Persönlichkeitsstörung, sondern eine Persönlichkeitsakzentuierung diagnostiziert. Dr. I. ___ diagnostiziere weiter eine somatoforme Schmerzstörung. Angesichts des geringen Ausprägungsgrades und der in den übrigen Lebensbereichen uneingeschränkt vorhandenen Aktivitäten könne bereits aus den vorliegenden Akten geschlossen werden, dass die Richtlinien des Bundesgerichts, welche in den Standardindikatoren formuliert worden seien, nicht erfüllt würden. Schon die vom Versicherten beharrlich vertretene Umschulungsfähigkeit spreche gegen die geforderte Dauer und Schwere der somatoformen Schmerzstörung. Aus psychiatrischer Sicht liege keine invalidenversicherungsrechtlich relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vor (IV-act. 152-2). Im Ergebnis kann dem aus rechtlicher Sicht gefolgt werden. Zwar liegen keine eine relevante Beeinträchtigung ausschliessende Aggravation oder Simulation vor, so dass aufgrund der diagnostizierten Schmerzstörung nach dem strukturierte Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 vorzugehen ist. Indes weist, wie Dr. L. ___ zu Recht hervorhebt, die Diagnose chronischer Schmerzen mit psychischen und somatischen Faktoren nicht per se einen hohen diagnoseimmanenten Schweregrad auf (vgl. BGE 142 V 106). Eine den Beschwerdeführer stärker beeinträchtigende somatische Komorbidität ist nicht ausgewiesen. Eine Persönlichkeitsstörung wurde ebenfalls nicht diagnostiziert. Jedoch bestehen narzisstisch und impulsiv akzentuierte Persönlichkeitszüge, welche einer funktionalen Bewältigung der somatisch begründeten Beschwerden hinderlich sind. Ressourcenhemmend sind auch die von Dr. I. ___ erwähnte Selbstwertproblematik und

eingeschränkte Introspektionsfähigkeit. Als wichtige Ressourcen sind indessen die offenbar intakte Partnerschaft und das hohe Bildungsniveau des Beschwerdeführers anzuführen. Die von Dr. I. ___ attestierte psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeit von 30 % erklärt sich auch mit der Belastung durch die aktuelle finanzielle Situation, die Arbeitslosigkeit und die fehlenden Zukunftsperspektiven (vgl. IV-act. 147-3). Dabei handelt es sich um psychosoziale Belastungsfaktoren, deren Auswirkungen invaliditätsfremd sind und daher für die invalidenversicherungsrechtliche Arbeitsfähigkeitsschätzung nicht berücksichtigt werden dürfen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 21. Juli 2014, 9C_152/2014, E. 3.1.2; BGE 127 V 299 E. 5.a). Es bestehen somit keine psychiatrischen Diagnosen, welche ausreichend schwere funktionelle Auswirkungen zeitigten, um eine invalidenversicherungsrechtlich relevante Arbeitsunfähigkeit zu begründen.

E. 4

Zusammenfassend ergibt sich aus der medizinischen Aktenlage insgesamt nachvollziehbar und schlüssig, dass der Beschwerdeführer in adaptierten Tätigkeiten in seiner Arbeitsfähigkeit invalidenversicherungsrechtlich betrachtet nicht eingeschränkt ist. Die abweichenden Beurteilungen von Dr. I. ___ und Prof. F. ___ berücksichtigen die subjektive Schilderung des Beschwerdeführers bzw. seine dysfunktionale Bewältigung und vorhandene Belastungsfaktoren, welche auszuklammern sind. Prof. F. ___ hält lediglich fest, "nach seiner Meinung" werde der Beschwerdeführer sicher nicht mehr als zu 50 % arbeitsfähig werden (IV-act. 126-6). Seine Schätzung wird auch in weiteren Berichten und insbesondere im Vorbescheid- und Beschwerdeverfahren nicht durch medizinisch objektivierte Einschränkungen begründet. Somit stehen der Massgeblichkeit des Konsiliums von Prof. H. ___ und den RAD-Berichten keine objektiven medizinischen Standpunkte entgegen. Im Übrigen erzielte der Beschwerdeführer zuletzt ab 1. Mai 2011 einen Jahreslohn von 12 x Fr. 5'091.50 bzw. 13 x Fr. 4'700.-- = Fr. 61'098.-- bzw. Fr. 61'100.-- (Angaben Arbeitgeberin vom 2. Mai 2012, IV-act. 15-2, 24). Er verfügt zwar über ein nicht abgeschlossenes Geschichtsstudium, hat indessen in der Schweiz nie ein höheres stabiles Einkommen erzielt (vgl. Auszug aus dem individuellen Konto [IK], IV-act. 68). Anhaltspunkte für eine zu einem höheren Einkommen führende Validenkarriere im Gesundheitsfall finden sich in den Akten nicht und werden auch nicht geltend gemacht. Das Valideneinkommen entspricht demnach dem letzten Jahreseinkommen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 21. Dezember 2016, 8C_728/2016, E. 3.1, mit weiteren Verweisen). Es liegt nahe beim Median gemäss Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik (BFS), Anforderungsniveau 4, Männer, beträgt für das Jahr 2011 Fr. 61'910.-- (Informationsstelle AHV/IV, IV 2019, Bern 2019, Anhang 2), weshalb (zugunsten des Beschwerdeführers und in Übereinstimmung mit der Beschwerdegegnerin, vgl. IV-act. 140 und 160) ein Prozentvergleich durchgeführt werden kann. Selbst wenn aus psychiatrischer Sicht von einer 30 %igen Arbeitsunfähigkeit und von einem Tabellenlohnabzug von jedenfalls nicht mehr als 10 % ausgegangen würde, würde ein Invaliditätsgrad von 37 % ($1 - [70 \% \times 0,9]$) resultieren, womit der Beschwerdeführer keinen Rentenanspruch hat.

E. 5.1

Nach dem Gesagten ist die Beschwerde abzuweisen.

E. 5.2

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. Dem unterliegenden Beschwerdeführer sind die Gerichtskosten vollumfänglich aufzuerlegen. Zuzufolge unentgeltlicher Rechtspflege ist er von der Bezahlung zu befreien.

E. 5.3

Der Staat bezahlt zuzufolge unentgeltlicher Rechtsverteiständung 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 (Art. 61 lit. g ATSG). In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b HonO pauschal Fr. 1'500.-- bis Fr. 15'000.--. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat eine Kostennote eingereicht (act. G 12; act. G 12.1). Darin macht er ein Honorar von Fr. 2'970.--, Barauslagen von Fr. 87.40 und Mehrwertsteuer von Fr. 244.15, total Fr. 3'301.55 geltend. Dies erscheint angemessen. Das Honorar ist um einen Fünftel zu kürzen (Art. 31 Abs. 3 des Anwaltsgesetzes, sGS 963.70). Somit hat der Staat den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers pauschal mit Fr. 2'660.15 (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen.

E. 5.4

Eine Partei, der die unentgeltliche Rechtspflege gewährt wurde, 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 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Der Beschwerdeführer wird von der Bezahlung der Gerichtsgebühr in der Höhe von Fr. 600.-- zuzufolge unentgeltlicher Rechtspflege befreit. 3. Der Staat entschädigt den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers zuzufolge unentgeltlicher Rechtsverteiständung mit Fr. 2'660.15 (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer).

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