

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2018/200 vom 17. Juni 2020

Sg Versicherungsgericht, 2020-06-17, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2018_200

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2018/200 du 17 juin 2020

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2018/200 del 17 giugno 2020

Regeste

Art. 28 IVG: Beweiskraft Gutachten bejaht. Eine retrospektive gutachterliche Arbeitsfähigkeitsschätzung fehlt. Aufgrund der medizinischen Aktenlage ist jedoch für den Zeitraum von Mitte November 2012 bis Oktober 2015 von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Wann und wie genau, die - vermutlich stufenweise - Verbesserung des psychischen Zustandes zwischen November 2015 und August 2016 eingetreten ist, dürfte sich retrospektiv nicht mehr genau eruieren lassen. Eine höhere wie die gutachterlich attestierte Arbeitsunfähigkeit von 40 % ist in diesem Zeitraum also nicht ausgewiesen. Da der Beschwerdeführer die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen hat, ist bereits ab November 2015 von einer 40%igen Arbeitsunfähigkeit aus psychischen Gründen auszugehen. Zusprache einer befristeten ganzen Rente und einer unbefristeten Viertelsrente (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 17. Juni 2020, IV 2018/200).

Volltext

Entscheid vom 17. Juni 2020 Besetzung Versicherungsrichter Joachim Huber (Vorsitz), Versicherungsrichterinnen Christiane Gallati Schneider und Miriam Lendfers; Gerichtsschreiberin Sabrina Bleile Geschäftsnr. IV 2018/200 Parteien A.____, Beschwerdeführer, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Andreas Fäh, Oberer Graben 26, 9000 St. Gallen, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rente Sachverhalt A.____ (nachfolgend: Versicherter) meldete sich am 15. März 2013 bei der IV-Stelle des Kantons St. Gallen (nachfolgend: IV-Stelle) für berufliche Massnahmen und Rentenleistungen an (IV-act. 1). Er gab an, an einer durch seine Arbeitslosigkeit wieder hervorgerufenen posttraumatischen Belastungsstörung zu leiden und seit dem 14. November 2012 zu 100 % arbeitsunfähig zu sein (IV-act. 1 S. 4 ff.). Er war im Zeitpunkt der IV-Anmeldung allerdings noch als Betriebsmitarbeiter bei der B.____ AG angestellt gewesen (vgl. IV-act. 16). Im Jahr ____ war der Versicherte zusammen mit seiner Ehefrau und seinem Kind als Flüchtling aus C.____ in die Schweiz eingereist (vgl. dazu IV-act. 140 und act. G 19.1). Zwischen November 2004 und Oktober 2005 hatte er sich im Ambulatorium für Folter- und Kriegsoffer des Z.____ in Behandlung befunden, zu deren Beginn die behandelnden Ärzte die Diagnosen einer posttraumatischen Belastungsstörung und einer Anpassungsstörung (vorwiegend Depression) sowie den Verdacht auf eine Somatisierungsstörung gestellt hatten (IV-act. 58 ff.). In einem Verlaufsbericht vom Oktober 2005 hatte die behandelnde Ärztin des Ambulatoriums festgehalten, dass der Versicherte zum letzten Mal in die Therapie gekommen sei. Ihm gehe es besser. Er habe gesagt, dass er innerlich ruhiger geworden sei und ihm bewusster geworden sei, was er in schwierigen Situationen tun könne (IV-act. 59).

Seit seiner Einreise in die Schweiz war der Versicherte auch wegen diverser weiterer Beschwerden (z.B. arterielle Hypertonie, lumbale und thorakale Schmerzen, Kopfschmerzen und Prostataprobleme) sowie eines beidseitigen Karpaltunnelsyndroms, welches im Jahr 2008 operiert worden war (IV-act. 65 f.), in Behandlung gewesen (vgl. IV-act. 52 S. 52 ff.; vgl. insbesondere IV-act. 52 S. 68 f.). Am 8. Juli 2012 war beim Versicherten bei der Diagnose Tendovaginitis stenosa des Quervain rechts eine Spaltung des ersten Strecksehnenfaches vorgenommen worden (IV-act. 52 S. 47 ff.). Aufgrund einer therapieresistenten Hypertonie war am 15. Oktober 2012 eine MRT der Nieren durchgeführt worden, wobei die intrarenalen arteriellen Äste eine fast perlschnurartige Veränderung bzw. einen fast perlschnurartigen Aspekt gezeigt hatten, sodass multiple kleine intrarenale Stenosierungen kernspintomographisch nicht mit Sicherheit hatten ausgeschlossen werden können. Als Nebentbefund hatte sich eine kleine kortikale Nierenzyste gezeigt. Im Bereich des Nierenunterpols linksseitig war eine scharf begrenzte grosse Strukturalteration zur Darstellung gekommen, bei welcher es sich nach Einschätzung des untersuchenden Radiologen um eine eingeblutete Zyste gehandelt hatte, weshalb er diesbezüglich eine urologische Weiterabklärung empfohlen hatte (IV-act. 52 S. 46). Am 6. November 2012 hatte sich der Versicherte beim Ambulatorium für Folter- und Kriegsoffer, bei welchem er bereits früher behandelt worden war, telefonisch gemeldet und mitgeteilt, dass er seit rund einem halben Jahr unter verstärkten Symptomen der posttraumatischen Belastungsstörung (insbesondere an Schlafstörungen, Stress, Traurigkeit und Intrusionen) leide. Vorausgegangen seien die Ermordung von Freunden, die Verhaftung eines Geschwisters sowie ein Y. ___ in C. ___, was viele seiner traumatischen Erinnerungen aktualisiert habe. Er würde gerne wieder in Behandlung kommen. Aufgrund von Kapazitätsengpässen hatte das Ambulatorium ihn an das Zentrum für Psychotraumatologie D. ___ verwiesen (IV-act. 60). Ab dem 14. November 2012 war der Versicherte von seinem Hausarzt Dr. med. E. ___, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, F. ___ GmbH, zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben worden (IV-act. 2). Ab Januar 2013 hatte er im D. ___ eine Behandlung aufgenommen (vgl. IV-act. 24). Das Arbeitsverhältnis zwischen dem Versicherten und der Arbeitgeberin wurde per ___ 2013 in gegenseitigem Einvernehmen aufgelöst (IV-act. 16). In einer am 19. April 2013 durchgeführten Untersuchung des Thorax zeigte sich ein grenzwertig grosses Herz ohne Zeichen einer kardiopulmonalen Dekompensation, ansonsten ein alters- und habitusentsprechend normaler Herz-Lungen-Befund (IV-act. 52 S. 43). Am 3. Mai 2013 nannte Dr. E. ___ als Diagnosen eine Depression, eine posttraumatische Belastungsstörung, Rückenschmerzen sowie eine Hypertonie. Weiter gab er an, dass sich der Versicherte seit dem 17. April 2012 in seiner Behandlung befinde. Die bisherige Tätigkeit sei dem Versicherten nicht mehr zumutbar. Es bestünden erhebliche Einschränkungen, die sich durch medizinische Massnahmen nicht vermindern liessen. Mit einer Wiederaufnahme der Tätigkeit könne nicht gerechnet werden (IV-act. 17). In einer urologischen Abklärung vom 15. August 2013 ergab sich als Diagnose eine psychosomatische Verspannungsprostatitis im Rahmen eines postdistress-Syndroms bei Folterung im Gefängnis (IV-act. 52 S. 40; zur Empfehlung einer urologischen Abklärung vgl. IV-act. 52 S. 46; zu einer späteren urologischen Untersuchung vgl. IV-act. 52 S. 2). In einer MRT-Untersuchung vom 26. November 2013 zeigte sich im Wesentlichen eine breitbasige, leicht rechts bevorzugte Hernierung der Bandscheibe C 6/7 median mit rechts rezessaler Einengung, aber auch leichter foraminaler Einengung rechtsseitig sowie eine leichte Diskusprotrusion Th 9/10 ohne wesentliche Einengung des Spinalkanals (IV-act. 52 S. 37). Am __. Januar 2014 stellte sich der Versicherte wegen

Kopfschmerzen in der Notfall-Sprechstunde der Klinik für Neurologie des Kantonsspitals St. Gallen (KSSG) vor. Im Untersuchungsbericht vom __. Januar 2014 hielten die behandelnden Ärzte fest, dass gemäss den anamnestischen Angaben und klinischen Befunden am ehesten von einem chronischen Kopfschmerz vom Spannungstyp auszugehen sei mit Exazerbation bei einer Belastungssituation durch die Trennung von der langjährigen Ehefrau. Computertomographisch habe keine Ursache für die Kopfschmerzen gefunden werden können. Aufgrund eines erheblichen Leidensdrucks und des Wunsches des Versicherten, stationär aufgenommen zu werden, sei eine stationäre Aufnahme vorbereitet worden. Der Versicherte habe aber die Notaufnahme frühzeitig in gereiztem Zustand verlassen, da ihm die Wartezeit zu lang erschienen sei (IV-act. 52 S. 30 ff.). In einem Bericht an die IV-Stelle vom 14. Januar 2014 nannte Dr. med. G. __, Facharzt für X. __, zertifizierter medizinischer Gutachter SIM, D. __, als Diagnosen eine posttraumatische Belastungsstörung sowie eine depressive Symptomatik bei Verdacht auf eine rezidivierende Störung. Der Versicherte sei nach politischen Aktivitäten in ein Gefängnis gekommen und während der Untersuchungshaft massiv gefoltert worden. Er habe an Hungerstreiks teilgenommen und teilweise im Untergrund weitergelebt. Er erlebe zeitweise häufig Alpträume, sei gereizt, niedergeschlagen und freudlos. Zurzeit bestünden depressive Symptome, da er nach der Trennung von seiner Frau alleine lebe. Mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit könne nicht gerechnet werden (IV-act. 24). Mit Mitteilung vom 12. März 2014 informierte die IV-Stelle den Versicherten darüber, dass zurzeit keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen möglich seien. Der Anspruch auf eine Rentenleistung werde mit der Einleitung von weiteren Abklärungen geprüft (IV-act. 27). Am 1. April und 16. Mai 2014 erfolgten wegen einer Gynäkomastie beidseits Sprechstunden bei Prof. Dr. med. H. __, Facharzt für Innere Medizin FMH, spez. Endokrinologie und Diabetologie, I. __ AG (IV-act. 52 S. 25 ff.). Im Rahmen der Untersuchungen war auch ein Schlafapnoe-Screening durchgeführt worden, wobei sich der Verdacht auf ein moderates Schlafapnoe-Syndrom ergeben hatte. Da sich der Versicherte jedoch nicht vorstellen konnte, mit einer Maske zu schlafen, wurde auf eine weitere Diagnostik mit Polysomnografie verzichtet (IV-act. 52 S. 26, oben). In einem Verlaufsbericht vom 26. Juni 2014 beschrieb Dr. G. __ den Gesundheitszustand des Versicherten als stationär und verneinte eine Veränderung der Diagnosen. Die Trennung von der Ehefrau und der Umzug hätten die depressive Symptomatik verstärkt, wobei zeitweise auch suizidale Gedanken auftraten. Der Versicherte habe von der tagesklinischen Behandlung nicht mehr profitieren können, sodass er in die ambulante Behandlung übernommen worden sei. Aufgrund der Depression sei keine Möglichkeit für eine Arbeitstätigkeit ersichtlich (IV-act. 34). In einem Verlaufsbericht vom 23. Juli 2014 gab Dr. G. __ eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes an. Wiederum wies er darauf hin, dass die Trennung von der Frau und der Umzug die depressive Symptomatik verstärkt hätten zweitweise einhergehend mit suizidalen Gedanken. Der Versicherte habe diesbezüglich allerdings stabilisiert werden können. Die depressive Symptomatik sei weiterhin wechselnd. Der Versicherte komme einmal pro Monat in die Therapie (IV-act. 35). Anlässlich einer Kontrolle in der Orthopädie J. __ vom 20. Oktober 2014 wegen belastungsabhängiger Beschwerden am rechten Daumen zeigte sich eine beginnende Ringbandstenose und eine beginnende Rhizarthrose rechts (IV-act. 52 S. 23). Am 29. Januar 2015 berichtete Dr. med. K. __, Facharzt für Neurologie, dass der Versicherte sich ab dem 25. März 2014 zu ihm in neuro-psychiatrische Behandlung in C. __ ischer Sprache begeben habe. Der Versicherte leide an einer chronischen, posttraumatischen

Belastungsstörung mit diversen Symptomen und Beschwerden. Ausserdem habe er chronifizierte Kopfschmerzen vorwiegend vom Spannungstyp und häufige Migräneanfälle sowie ein Zervikovertebralsyndrom mit Schmerzen im Nackenbereich und Schmerzausstrahlung in den rechten Arm bei einer Diskushernie C 6/7 mediabasal mit Rechtsbetonung (IV-act. 39 S. 11). Auch klage er seit Jahren über eine Kraftverminderung und Parästhesien an den Händen. Eine fassbare Kraftverminderung bzw. muskuläre Atrophie habe sich allerdings nicht gezeigt. Die beschriebenen Gefühlsstörungen betreffen den Nervus medianus und den Nervus ulnaris, die elektrophysiologisch untersucht worden seien. Die teils abnormen Untersuchungswerte wiesen auf ein rechtsseitig leichtgradiges, linksseitig mindestens mittelgradiges sensomotorisches Karpaltunnelsyndrom hin. Linksseitig bestehe auch eine deutliche sensomotorische axonale Störung. Angesichts der abnormen Werte bestehe eine Operationsindikation. Der Versicherte wolle mit einem chirurgischen Eingriff jedoch vorläufig zuwarten (IV-act. 39 S. 12). In einer CT-Untersuchung des Thorax vom 15. Mai 2015 zeigte sich eine grenzwertige Vergrösserung vor allem rechts kardial (IV-act. 52 S. 15). Am __ Mai 2015 erfolgte eine Selbstvorstellung des Versicherten in der Notfallsprechstunde des KSSG wegen starker Kopfschmerzen. Klinisch-neurologisch präsentierte sich der Versicherte komplett unauffällig. Für eine sekundäre Kopfschmerzursache ergaben sich keine Anhaltspunkte. Die behandelnden Ärzte nannten den Verdacht auf eine Migräne ohne Aura (IV-act. 52 S. 12 f.). In einem Verlaufsbericht an Dr. E. __ vom 6. Juni 2015 hielt Dr. K. __ fest, dass der Versicherte sehr häufig über Atembeschwerden, rasche Ermüdbarkeit, Schwindel, Ödeme im Fussbereich und sehr hohen Blutdruck klage (IV-act. 39 S. 9). Bekanntlich seien perlschnurartige Veränderungen der intrarenalen arteriellen Äste gefunden worden (vgl. dazu IV-act. 52 S. 46). Seines Erachtens sei der Versicherte kardiologisch gründlich zu untersuchen (IV-act. 39 S. 9). Am 18. Juni 2015 berichtete Dr. K. __ gegenüber der IV-Stelle, dass die Beweglichkeit der Halswirbelsäule bei der Rotation nach rechts schmerzhaft sei und der Versicherte subjektiv ständige Schmerzen im Nackenbereich mit einer Schmerzausstrahlung in den rechten Arm angebe. Auch habe er Kribbelparästhesien an den Fingern bei Vorliegen eines Karpaltunnelsyndroms. Die muskuläre Kraft im Medianusbereich rechts sei etwas schwach. Ansonsten bestehe ein unauffälliger Neurostatus (IV-act. 39 S. 2 ff., insbesondere S. 6 ff.). Aufgrund von Schmerzen im Schultergürtel fand am 5. August 2015 eine Untersuchung bei Dr. med. L. __, Orthopädie M. __, statt. Dieser stellte die Diagnose einer chronischen Zervikobrachialgie rechtsbetont bei mässigen degenerativen Veränderungen im Bereich der Halswirbelsäule (insbesondere C 6/7 und weniger C 5/6). Er erachtete nicht die Schulter als Ursache der Beschwerden. Es bestünden keine Anhaltspunkte für eine Rotatorenmanschettenschädigung oder ein Impingement. Die Schmerzproblematik sei vielmehr einerseits muskulär und andererseits zervikal bedingt (IV-act. 52 S. 7 f.; vgl. dazu auch IV-act. 52 S. 1). Aus diesem Grund erfolgte eine Zuweisung zu Prof. Dr. med. N. __, Zentrum O. __, welcher den Versicherten am 6. August 2015 untersuchte und als Diagnose eine Radikulopathie C 7 rechts mit diskreter Trizepsschwäche rechts bei Diskushernie C 6/7 rechts stellte. Er teilte die Auffassung, dass es sich nicht um ein Schulter-, sondern um ein Halswirbelsäulenproblem handle, wobei vermutungsweise noch eine psychische Komponente hinzukomme (IV-act. 52 S. 5 f.). Da durch eine Epiduralblockade nur eine kurzfristige Schmerzlinderung erzielt worden war, zog Prof. N. __ am 21. August 2015 ein operatives Vorgehen mit einer Diskektomie C 6/7 in Erwägung (IV-act. 52 S. 4). In einem Bericht vom 1. Oktober 2015 nannte Dr. G. __ als Diagnosen eine posttraumatische

Belastungsstörung sowie eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom. Mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit könne nicht gerechnet werden (IV-act. 44). Im Januar und Februar 2016 fanden sodann Untersuchungen in der Neurologie und Wirbelsäulenchirurgie der Klinik P.____ statt, wobei die behandelnden Ärzte ein zervikoradikuläres Reiz- und diskretes sensibles Ausfallsyndrom C 6 bei Diskushernie mit rezessaler Einengung C 6/7 diagnostizierten (IV-act. 69 ff.). Am 7., 12. und 13. September 2016 wurde der Versicherte im Auftrag der IV-Stelle von der medexperts AG polydisziplinär (internistisch, neuropsychologisch, neurologisch, psychiatrisch und orthopädisch) untersucht (IV-act. 82 S. 1 ff.). Im polydisziplinären Konsens ihres Gutachtens vom 17. Oktober 2016 hielten die Sachverständigen als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine posttraumatische Belastungsstörung fest. Als Nebendiagnosen ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nannten sie eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode, eine cervikale Diskushernie C 6/7 rechts mit Schmerz und diskretem, residuellem motorischem Ausfallsyndrom, eine arterielle Hypertonie, eine Adipositas Grad I, eine psychosomatische Verspannungsprostatitis im Rahmen eines postdistress-Syndroms sowie ein Schlafapnoesyndrom moderat (IV-act. 82 S. 49). Sodann kamen die Gutachter zum Schluss, dass sich aus somatischer Sicht keine Einschränkungen der Leistungsfähigkeit feststellen liessen (IV-act. 82 S. 53, unten). Aus allgemein-internistischer Sicht bestehe zwar ein Schlafapnoesyndrom, welches jedoch aufgrund fehlender Compliance des Versicherten (er wolle keine Maske tragen) nicht lege artis therapiert werden könne. Weiter sei eine chronische Prostatitis vorhanden, welche symptomatisch therapiert werde. Sodann bestehe eine Hypertonie, deren Ursache genauer eruiert werden sollte, falls dies nicht bereits geschehen sei. Durch die chronischen Erkrankungen sei die Leistungsfähigkeit nicht eingeschränkt (IV-act. 82 S. 52). Auch aus orthopädischer und neurologischer Sicht sei eine 100%ige Arbeitsfähigkeit bezogen auf ein Pensum von 100 % gegeben. Aus psychiatrischer Sicht bestehe aufgrund der durch eine posttraumatische Belastungsstörung bedingten Defizite eine 60%ige Arbeitsfähigkeit bezogen auf ein Pensum von 100 % (IV-act. 82 S. 53). In der polydisziplinären Beurteilung sei somit die psychiatrische Erkrankung führend. Es bestehe aus polydisziplinärer Sicht eine 60%ige Arbeitsfähigkeit bezogen auf ein Pensum von 100 %. Die Einschätzung gelte seit dem Zeitpunkt der Begutachtung vom 7. September 2016 (IV-act. 82 S. 54). In einer Stellungnahme vom 18. Oktober 2016 empfahl der regionale ärztliche Dienst (RAD) für die Leistungsentscheidung auf das polydisziplinäre Gutachten abzustellen. Gleichzeitig merkte er an, dass es nicht nachvollziehbar sei, weshalb die Gutachter auf die Bestimmung der Medikamentenspiegel verzichtet hätten, da eine solche durchaus Rückschlüsse auf die Compliance ermöglichen könne (IV-act. 85 S. 3). Auf eine entsprechende Nachfrage seitens der IV-Stelle (IV-act. 84) erklärte der psychiatrische Gutachter am 14. Februar 2017, dass die Medikamentenspiegel nachgefordert worden seien. Anhand der Resultate zeigten sich für alle getesteten Medikamente niedrige, also unter der therapeutischen Zieldosis liegende bis kaum nachweisbare Spiegel. Der gemessene Spiegel von Agomelatin könne jedoch durchaus mit einer regelkonformen Einnahme einhergehen. Ergänzend zu seinen Ausführungen im Gutachten hielt der psychiatrische Sachverständige fest, dass bei leichten und mittelgradigen depressiven Störungen die Therapie der Wahl Psychotherapie oder Psychopharmakotherapie sei. Erst ab einer schweren depressiven Episode sei die Therapie der Wahl eine Kombination von Psychotherapie und Psychopharmakotherapie. Da beim Versicherten keine schwere depressive Episode nachgewiesen sei und angesichts des

Anpassungsstörungscharakters der depressiven Symptomatik sollte das Hauptaugenmerk auf psychotherapeutischen Behandlungsansätzen beruhen (IV-act. 87). Am 15. März 2017 nahm der RAD dahingehend Stellung, dass sich aufgrund der getesteten Medikamentenspiegel keine Änderungen hinsichtlich der medizinischen Beurteilung und somit auch der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit ergeben würden (IV-act. 88). Mit Vorbescheid vom 24. Oktober 2017 stellte die IV-Stelle dem Versicherten die Abweisung seines Rentenbegehrens in Aussicht. Zur Begründung führte sie im Wesentlichen an, es liege in der angestammten und auch in jeder anderen leichten bis mittelschweren, angepassten Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 40 % vor. Als Valideneinkommen sei der Verdienst heranzuziehen, den der Versicherte vor der Arbeitslosigkeit erzielt hätte, wenn er die Stelle nicht aufgegeben hätte. Damit liege im Vergleich mit statistischen Durchschnittswerten ein Minderverdienst vor, sodass das Invalideneinkommen um den 5 % übersteigenden Prozentsatz der Unterdurchschnittlichkeit des Validenlohns, mithin um 51.95 %, herabzusetzen sei. Bei diesem Einkommensvergleich resultiere ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 37 % (IV-act. 95). Gegen diesen Vorbescheid wandte der Versicherte durch seinen damaligen Rechtsvertreter am 13. Februar 2018 ein, dass das Gutachten bereits ca. eineinhalb Jahre alt und somit nicht mehr aktuell sei. Auch sei das Gutachten nicht valide, wie eine Stellungnahme von Dr. G.____ vom 9. Februar 2018 aufzeige. Die Gutachterstelle sei fachlich gar nicht befähigt gewesen, in einem solch speziellen Fall wie dem vorliegenden ein Gutachten zu erstellen. Im Übrigen habe die IV-Stelle beim Einkommensvergleich zu Unrecht keinen Teilzeitabzug vorgenommen (IV-act. 109 S. 1 f.). Den Bericht von Dr. G.____ legte der Versicherte seinem Einwand bei (IV-act. 109 S. 3 ff.). Am 16. März 2018 nahm der RAD zu den Einwänden des Versicherten und den Ausführungen von Dr. G.____ ausführlich Stellung. Gleichzeitig empfahl er die Vorlage der Einwände an die Gutachterstelle (IV-act. 110). Am 27. März 2018 nahm der psychiatrische Sachverständige gemeinsam mit einem weiteren psychiatrischen Facharzt der medexperts AG zu den Ausführungen von Dr. G.____ vom 9. Februar 2018 Stellung. Die Ärzte kamen zum Schluss, dass sich aufgrund der Ausführungen von Dr. G.____ aus gutachterlicher Sicht keine Änderungen hinsichtlich der im Gutachten vorgenommenen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ergäben (IV-act. 113). Am 5. April 2018 hielt der RAD fest, dass aus versicherungsmedizinischer Sicht an der gutachterlichen Beurteilung einer 60%igen Arbeitsfähigkeit festgehalten werden könne. Weitere Abklärungen seien nicht notwendig (IV-act. 114). Im Rahmen einer zweiten Anhörung hielt der Versicherte in einem Schreiben vom 27. April 2018 an seinem Standpunkt fest, wonach das Gutachten der medexperts AG bereits veraltet und nicht valide sei (IV-act. 118 S. 1 f.). Zudem reichte er ein Schreiben von Dr. G.____ vom 24. April 2018 ein (IV-act. 118 S. 3 f.). In einer Stellungnahme vom 2. Mai 2018 ging der RAD auf die Ausführungen von Dr. G.____ vom 24. April 2018 ein und kam zum Schluss, dass an der Einschätzung einer 60%igen Arbeitsfähigkeit in der angestammten und in adaptierten Tätigkeiten festgehalten werden könne. Weitere Abklärungen seien nicht notwendig (IV-act. 119). Mit Verfügung vom 8. Mai 2018 wies die IV-Stelle das Rentenbegehren des Versicherten im Sinne des Vorbescheids ab (IV-act. 120). Gegen diese Verfügung erhob der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer), vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. A. Fäh, St. Gallen, am 11. Juni 2018 Beschwerde. Er beantragte, die Verfügung der IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) vom 8. Mai 2018 sei aufzuheben und die Sache sei an die Vorinstanz zur Abklärung des Invaliditätsgrades zurückzuweisen. Eventualiter sei eine ganze Rente zuzusprechen; alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge. Weiter beantragte

er eine Nachfrist zur einlässlichen Begründung der Beschwerde (act. G 1). Die angesetzten Nachfristen liess der Beschwerdeführer ungenutzt verstreichen (act. G 8; vgl. ferner act. G 4 ff.). In ihrer Beschwerdeantwort vom 5. November 2018 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde (act. G 11). In seiner Replik vom 20. Februar 2019 hielt der Beschwerdeführer, abgesehen vom Antrag um Ansetzung einer Nachfrist zur Beschwerdebegründung, sinngemäss an seinen in der Beschwerde gestellten Anträgen fest (act. G 19). Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf die Einreichung einer Duplik (act. G 20 f.). Erwägungen Vorliegend strittig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente. Vorweg ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer die versicherungsmässigen Voraussetzungen für die Zusprache einer ordentlichen Invalidenrente erfüllt (zu den Voraussetzungen vgl. Art. 6 und 36 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Der Beschwerdeführer hatte nämlich im Zeitpunkt seiner IV-Anmeldung bzw. im Zeitpunkt des darin geltend gemachten Eintritts der Arbeitsunfähigkeit (vgl. IV-act. 1 S. 4; zum Eintritt der Arbeitsunfähigkeit vgl. ferner E. 4.5.3) die verlangte Beitragszeit von drei Jahren gemäss dem in den Akten liegenden Auszug aus seinem individuellen Konto der schweizerischen Sozialversicherungsanstalt (SVA) offensichtlich erreicht (vgl. IV-act. 13). Anspruch auf eine Invalidenrente haben versicherte Personen, 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 IVG). 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). Nach Art. 28 Abs. 2 IVG besteht Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70 %, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht ein Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein Anspruch auf eine Viertelsrente. 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). In beweisrechtlicher Hinsicht gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben die urteilenden Instanzen die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen (BGE 125 V 352 E. 3a). Der im Sozialversicherungsrecht geltende Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne einer Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesenen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes auf Grund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 264 E. 3b mit Hinweisen und 138 V 221 f. E. 6 mit Hinweisen). Die Verwaltung resp. das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind. Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen (BGE 126 V 360 E. 5b mit Hinweisen). Die vorliegend zu beurteilende IV-Anmeldung hat der Beschwerdeführer am 15. März 2013 bei der IV-Stelle eingereicht (IV-act. 1). Der früheste Beginn eines allfälligen Rentenanspruchs im Sinne von Art. 29 Abs. 1 und 3 IVG ist somit der 1. September 2013. Das Wartejahr gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG dürfte zu diesem Zeitpunkt allerdings noch nicht verstrichen gewesen sein, da sich der Beschwerdeführer unter Hinweis auf eine am 14. November 2012 eingetretene Arbeitsunfähigkeit zum Leistungsbezug angemeldet hat (IV-act. 1 S. 4) und Dr. E. ___ ihm ab diesem Zeitpunkt eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bescheinigt hat (IV-act. 2). Unter Berücksichtigung des Wartejahres fällt der frühestmögliche Rentenbeginn somit auf den 1. November 2013 (Art. 28 Abs. 1 lit. b i.V.m. Art. 29 Abs. 3 IVG). Zunächst zu prüfen ist demnach, ob aufgrund der vorliegenden medizinischen Aktenlage der Arbeitsfähigkeitsgrad des Beschwerdeführers ab November 2012 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit feststeht (zum Beweismass siehe BGE 138 V 221 E. 6; 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 der medexperts AG gestützt hat (vgl. IV-act. 120; act. G 11), bestreitet der Beschwerdeführer unter Hinweis auf die Stellungnahmen von Dr. G. ___ vom 9. Februar (IV-act. 109 S. 3 ff.) und 24. April 2018 (IV-act. 118 S. 3 f.) die Beweiskraft des Gutachtens (act. G 1 und 19). Dr. G. ___ hat einerseits die fachliche Eignung des psychiatrischen Gutachters im vorliegenden Fall angezweifelt. Er hat ausgeführt, dass die Beurteilung der Folgen einer Inhaftierung mit Folter spezielles Fachwissen erfordere, das sich sowohl aus Erfahrungswerten im Umgang mit Patienten als auch aus umfangreichen Kenntnissen der Fachliteratur zu diesem speziellen Krankheitsbild zusammensetze. Die alleinige Facharztqualifikation als Psychiater sei nicht ausreichend. Das Anforderungsprofil eines psychiatrischen Gutachters müsse an die besonderen Verhältnisse bei der Begutachtung von Folteropfern angepasst werden. In der Schweiz seien nur wenige Psychiater mit ausreichender Therapieerfahrung und Weiterbildung verfügbar (IV-act. 109 S. 4). Hinweise auf eine fehlende Facheignung des von der Beschwerdegegnerin beauftragten psychiatrischen Gutachters können der Aktenlage nicht entnommen werden. Wie der RAD nachvollziehbar ausgeführt hat, hat der

psychiatrische Gutachter der medexperts AG einen FMH-Titel in Psychiatrie, weshalb seine Eignung, psychiatrische Störungsbilder beurteilen zu können, grundsätzlich anzunehmen ist, solange keine konkreten Indizien dagegen sprechen (vgl. IV-act. 110 S. 2). Weiter ist zu erwarten, dass der psychiatrische Gutachter den Auftrag nicht angenommen hätte, wenn er sich dazu fachlich nicht fähig gefühlt hätte. Auch umschreibt Dr. G. ___ nicht konkret, welche Qualifikationen denn seines Erachtens ausreichend wären. Da gemäss Dr. G. ___ in der Schweiz nur wenige Psychiater über eine ausreichende Weiterbildung und Therapieerfahrung mit Folteropfern verfügen, ist überdies fraglich, ob überhaupt ein in den Augen von Dr. G. ___ fachlich ausreichend qualifizierter Gutachter gefunden werden könnte, der neben den spezialärztlichen auch über die erforderlichen gutachterlichen Qualifikationen verfügen würde und sich auch tatsächlich für eine Begutachtung zur Verfügung stellen würde. Sodann leuchtet die Stellungnahme des RAD, wonach es bei der psychiatrischen Begutachtung in erster Linie um die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit anhand der Funktionseinschränkungen gehe, sodass eine Therapieausbildung in Psychotraumatologie nicht im Vordergrund stehe, ein (IV-act. 110 S. 3). Zusammenfassend ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass der psychiatrische Gutachter, der seine Beurteilung überdies im Rahmen einer polydisziplinären Begutachtung mit Fachärzten weiterer Disziplinen abgegeben hat (vgl. IV-act. 82), fachlich ausreichend qualifiziert gewesen ist, zumal auch der RAD ihn als fachlich qualifiziert erachtet (vgl. IV-act. 110). Weiter hat Dr. G. ___ die vom psychiatrischen Gutachter abgegebenen Therapieempfehlungen und damit einhergehend dessen Prognose kritisiert (vgl. IV-act. 109 S. 7, oben), wozu letzterer am 27. März 2018 Stellung genommen hat (vgl. IV-act. 113). Angesichts dessen, dass die Beschwerdegegnerin einen Rentenanspruch nicht gestützt auf eine fehlende Inanspruchnahme von Therapien abgelehnt und dem Beschwerdeführer solche vorläufig auch nicht als Schadenminderungspflicht auferlegt hat, braucht auf die Thematik der Therapieoptionen vorliegend nicht näher eingegangen werden (vgl. IV-act. 120 S. 1 f.). Weiter hat Dr. G. ___ bemängelt, dass wesentliche wissenschaftliche Erkenntnisse zur Behandlung von Folteropfern im Gutachten nicht berücksichtigt worden seien (IV-act. 109 S. 8). Der psychiatrische Sachverständige habe die diagnostizierte posttraumatische Belastungsstörung im Gutachten zwar im Zusammenhang mit der Foltererfahrung aufgeführt, jedoch die besondere Ausprägung dieser speziellen Traumafolgestörung nicht ausreichend berücksichtigt (IV-act. 109 S. 5) und die Foltererfahrungen hinsichtlich ihrer speziellen Symptomatik nicht ausreichend gewürdigt (IV-act. 109 S. 4). So sollte ein Interviewer gemäss dem Handbuch zum Istanbul Protokoll die Umstände der Folter, die Wahrnehmung und die Deutung der Folter durch das Opfer, den sozialen Kontext vor, während und nach der Folter, die sozialen Ressourcen sowie Werte und Einstellungen gegenüber traumatischen Erlebnissen, politische und kulturelle Faktoren, die Schwere und Dauer der traumatischen Ereignisse, genetische und biologische Anfälligkeiten, das Entwicklungsstadium und Alter des Opfers, frühere Traumata sowie die vorbestehende Persönlichkeit beachten (IV-act. 109 S. 6). Affektive, kognitive und Verhaltenssymptome sollten im Detail beschrieben und die Häufigkeit von Alpträumen, Halluzinationen und Schreckreaktionen sollten festgestellt werden (IV-act. 109 S. 4). Die gutachterliche psychiatrische Untersuchung habe die Häufigkeit von Alpträumen oder Flashbacks im Alltag nicht erfasst. Ebenso seien die Zeitdauer und das Ausmass der Schlafstörung nicht ausreichend erfasst oder mittels verfügbaren Messgeräten zur Schlafmessung plausibel nachvollzogen worden. Das Auftreten von Flashbacks während einer Arbeitstätigkeit werde für einen Arbeitgeber bei allen Tätigkeiten zum Risiko, das im

Arbeitsalltag auch für Mitarbeitende nicht zumutbar sei. Nur eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit könne diesem Umstand gerecht werden (IV-act. 109 S. 7). Die Festlegung der Arbeitsfähigkeit mit 60 % sei nicht nachvollziehbar und könne nur auf einer subjektiven Einschätzung basieren (IV-act. 109 S. 7). Die Einschätzung einer 60%igen Arbeitsfähigkeit sei vom psychiatrischen Gutachter auch nicht begründet worden und sei somit nicht annehmbar (IV-act. 109 S. 8). Schliesslich habe dieser unberücksichtigt gelassen, dass eine besondere Ausprägung einer Traumafolgestörung auf der Basis einer Foltererfahrung und einer erhöhten Vulnerabilität durch Gewalterfahrungen in der Kindheit ausserhalb der gängigen ICD-Nomenklatur liege. Die in der ICD-11-Skala im Jahr 2018 geplante Änderung bezüglich der Unterscheidung einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung müsse im Zusammenhang mit der Evaluierung von Folgeschäden bei Folteropfern berücksichtigt werden (IV-act. 109 S. 6, unten). Die Kritik von Dr. G.____ hinsichtlich des Abstellens auf die ICD-10-Skala ist nicht nachvollziehbar. Wie der psychiatrische Gutachter in seiner Stellungnahme vom 27. März 2018 einleuchtend erklärt (vgl. IV-act. 113) und Dr. G.____ sinngemäss selber eingeräumt hat (vgl. IV-act. 109 S. 6), ist die ICD-10-Skala das aktuell gängige Klassifikationssystem in der Schweiz (vgl. IV-act. 113 S. 1). Sodann hat der RAD in seiner Stellungnahme vom 16. März 2018 verständlich dargelegt, dass die Einschränkungen und Auswirkungen auf das Funktionsniveau sich sowohl bei einer klassischen posttraumatischen Belastungsstörung als auch bei einer sogenannten komplexen traumatischen Belastungsstörung, wie sie Dr. G.____ annehme, qualitativ und quantitativ individuell innerhalb des Diagnosespektrums unterscheiden könnten. Entscheidend sei somit nicht alleine die Diagnosestellung, sondern insbesondere das psychophysische Funktionsniveau (IV-act. 110 S. 3). Weiter ist dem RAD darin zuzustimmen, dass der psychiatrische Gutachter die Herleitung der Diagnose der posttraumatischen Belastungsstörung nach ICD-10 in seinem Teilgutachten ausführlich dargelegt und nachvollziehbar begründet hat (IV-act. 110 S. 2). Er hat die Diagnose auch von anderen Diagnosen abgegrenzt (vgl. IV-act. 82 S. 34 f.). Inwiefern dem Handbuch zum Istanbul Protokoll bei einer versicherungsmedizinischen Beurteilung Bedeutung zukommt, ist vom RAD sodann in Frage gestellt worden (vgl. IV-act. 110 S. 3 unten). Sicherlich kann Dr. G.____ darin zugestimmt werden, dass die Einschätzung der Auswirkungen von traumatischen Erlebnissen unter Berücksichtigung sämtlicher Lebensumstände erfolgen sollte. Wie dem psychiatrischen Teilgutachten zu entnehmen ist, hat der psychiatrische Gutachter allerdings eine ausführliche Anamneseerhebung durchgeführt. Der Beschwerdeführer ist zu seinem Tagesablauf, zu seinen aktuellen Leiden, zu seinem schulischen und beruflichen Werdegang und zu seiner familiären und sozialen Situation befragt worden (vgl. IV-act. 82 S. 28 ff.). In diesem Zusammenhang hat der Beschwerdeführer auch von seinen Gewalterlebnissen und den im Alltag auflebenden Erinnerungen berichtet (vgl. z.B. IV-act. 82 S. 29). So hat er beispielsweise beschrieben, dass er oft plötzlich Szenen wie im Film von damals vor Augen habe und auch im Schlaf die Albträume meistens von dieser Zeit handeln würden. Er schreie im Schlaf teilweise schreiend auf und sei schweissgebadet (IV-act. 82 S. 29). Albträume und Flashbacks sind in der Exploration zur Sprache gekommen, wie es der RAD in seiner Stellungnahme vom 16. März 2018 ebenfalls aufgezeigt hat (vgl. IV-act. 110 S. 4). Schlafuntersuchungen sind beim Beschwerdeführer bereits durch die behandelnden Ärzte in die Wege geleitet worden, wobei in erster Linie ein moderates Schlafapnoesyndrom festgestellt worden ist, während auf weitergehende Untersuchungen verzichtet worden ist, weil der Beschwerdeführer sich das Tragen einer Schlafmaske von vornherein nicht hat vorstellen können (vgl. IV-act. 52

S. 26). Zur gleichen Einschätzung sind auch die Gutachter gekommen (vgl. IV-act. 82 S. 52). Inwiefern von weiteren Schlafuntersuchungen bessere Erkenntnisse hinsichtlich des Gesundheitszustandes zu erwarten wären, ist somit nicht ersichtlich. Die kognitiven Defizite sind sodann, worauf der RAD zu Recht hingewiesen hat, bereits durch den neuropsychologischen Gutachter abgeklärt worden (vgl. IV-act. 83 i.V.m. 110 S. 3, oben). Die psychiatrische gutachterliche Untersuchung scheint nach dem Gesagten jedenfalls lege artis durchgeführt worden zu sein. Auch leuchten die gutachterlich gestellten psychiatrischen Diagnosen sowie die von dem psychiatrischen Gutachter ab dem Begutachtungszeitpunkt attestierte 40%ige Arbeitsunfähigkeit ein (vgl. IV-act. 82 S. 38). Zur Begründung seiner Arbeitsfähigkeitsschätzung hat der psychiatrische Sachverständige nämlich angeführt, dass die Limitation von 40 % primär durch die Defizite der posttraumatischen Belastungsstörung bedingt sei (vgl. IV-act. 82 S. 37). Beim Beschwerdeführer bestehe eine leicht bis mässig ausgeprägte Beeinträchtigung hinsichtlich der Widerstands- und Durchhaltefähigkeit, der Fähigkeit zu engen dyadischen Beziehungen sowie hinsichtlich der Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, der Selbstbehauptungsfähigkeit, Konversationen, der Kontaktfähigkeit zu Dritten, der Gruppenfähigkeit sowie der Aktivität und der Spontanität (IV-act. 82 S. 37, unten). Auch im polydisziplinären Konsens ist die 40%ige Arbeitsunfähigkeit bestätigt worden (vgl. IV-act. 82 S. 53 f.). Nach dem Gesagten ist somit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht ab dem Begutachtungszeitpunkt sowohl in seiner angestammten als auch in einer adaptierten Tätigkeit zu 40 % arbeitsunfähig ist. Der psychiatrische Gutachter hat sich allerdings nicht zum Verlauf der Arbeitsfähigkeit ausgesprochen. Sowohl im psychiatrischen Teilgutachten als auch im polydisziplinären Konsens des Gesamtgutachtens ist lediglich angegeben worden, dass die Arbeitsunfähigkeit mindestens seit dem Zeitpunkt der Begutachtung gelte (vgl. IV-act. 82 S. 38 und S. 54), wobei im polydisziplinären Konsens noch präzisiert worden ist, dass die Einschätzung seit dem 7. September 2016 Geltung habe (vgl. IV-act. 82 S. 54). Da der frühestmögliche Beginn des potentiellen Rentenanspruchs im vorliegenden Fall auf den 1. November 2013 fällt (vgl. E. 4.1 f.), fehlt für die Zeit zwischen dem 1. November 2013 und dem 7. September 2016 eine gutachterliche psychiatrische Arbeitsfähigkeitsschätzung. Folglich ist zu prüfen, ob sich die Arbeitsfähigkeit anhand der übrigen medizinischen Aktenlage feststellen lässt. Der Beschwerdeführer hat sich im November 2012 wegen verstärkter Symptome der posttraumatischen Belastungsstörung erneut beim Ambulatorium für Folter- und Kriegsoffer, bei welchem er bereits früher in Behandlung gewesen war, gemeldet. Er hat davon berichtet, dass seiner Zustandsverschlechterung die Ermordung und Verhaftung von Freunden und Geschwistern vorausgegangen seien (vgl. IV-act. 60). Von Dr. E. ___ ist er dann ab Mitte November 2012 zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben worden (IV-act. 2). Aufgrund der retraumatisierenden Erlebnisse ist eine anfängliche 100%ige Arbeitsunfähigkeit nachvollziehbar, zumal sich neben einer posttraumatischen Belastungsstörung auch eine depressive Symptomatik gezeigt hat (Bericht von Dr. E. ___ vom 3. Mai 2013; IV-act. 17). Auch im Jahr 2014 scheint sich die Symptomatik entsprechend den vorliegenden Berichten nicht verbessert, sondern eher noch verschlechtert zu haben, wobei teilweise auch suizidale Gedanken aufgetreten sind (IV-act. 24, 34, 35 und 52 S. 30 ff.). Ab Juli 2014 hat sich der Beschwerdeführer laut Dr. G. ___ immerhin von suizidalen Gedanken distanzieren können bei aber weiterhin wechselnder depressiver Symptomatik (IV-act. 35). Im Oktober 2015 ist Dr. G. ___ dann von einer gegenwärtig

mittelgradigen depressiven Episode ausgegangen (IV-act. 44). Demnach ist anzunehmen, dass sich die depressive Symptomatik im Verlauf des Jahres 2015 etwas verbessert haben dürfte, was aufgrund der Therapie und der möglicherweise erfolgten Aufarbeitung der Trennung von der Ehefrau auch einleuchtet. Gleichwohl ist Dr. G. ___ im Oktober 2015 noch von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen (vgl. IV-act. 44). In der Annahme, dass sich eine psychische Verbesserung auch stabilisieren können muss, ist diese Einschätzung noch immer nachvollziehbar. Im September 2016 haben die Gutachter dann neben einer posttraumatischen Belastungsstörung nur noch eine leichte depressive Symptomatik feststellen können (vgl. IV-act. 82 S. 36, 38 und 49). Folglich ist anzunehmen, dass sich zwischen Ende 2015 und September 2016 nochmals eine Verbesserung der psychischen Situation eingestellt hat. Die Arbeitsunfähigkeit wird sich zwischen November 2015 und August 2016 also zwischen 100 und 40 % bewegt haben. Wann und wie genau, die - vermutlich kontinuierliche - Verbesserung zwischen November 2015 und August 2016 eingetreten ist, dürfte sich retrospektiv nicht mehr genau eruieren lassen, haben doch auch die Gutachter keine retrospektive Einschätzung vorgenommen (vgl. IV-act. 82). Eine höhere als die gutachterlich attestierte Arbeitsunfähigkeit von 40 % ist in diesem Zeitraum also nicht ausgewiesen. Da der Beschwerdeführer die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen hat (vgl. E. 3.3), ist bereits ab November 2015 von einer 40%igen Arbeitsunfähigkeit aus psychischen Gründen auszugehen. Zwischen Mitte November 2012 und Oktober 2015 ist gestützt auf die Aktenlage eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit anzunehmen. Die von den somatischen Gutachtern gestellten Diagnosen und vorgenommenen Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit sind unter Berücksichtigung der gesamten Aktenlage und der von ihnen empfohlenen Weiterabklärungen (vgl. dazu IV-act. 82 S. 52, oben) nachvollziehbar begründet und schlüssig. Auch der Beschwerdeführer hat keine konkreten Einwände gegen die somatischen Beurteilungen erhoben. Zwar haben sich die somatischen Gutachter nicht zum Beginn der Arbeitsunfähigkeit geäußert (vgl. IV-act. 82). Da sie jedoch ohnehin keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit festgestellt haben (vgl. IV-act. 82 S. 49) und aus der Aktenlage nicht hervorgeht, dass sich der somatische Gesundheitszustand seit der Anmeldung des Beschwerdeführers bei der IV-Stelle verbessert hat, ist in somatischer Hinsicht seit dem Zeitpunkt der IV-Anmeldung von einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit auszugehen. Selbstverständlich steht es dem Beschwerdeführer offen, sich erneut bei der IV-Stelle zu melden, sollten die von den Gutachtern empfohlenen kardiologischen Abklärungen bzw. Behandlungen bisher unbekannt relevante Einschränkungen zum Vorschein bringen. Zusammenfassend ist für den Zeitraum von Mitte November 2012 bis 31. Oktober 2015 eine 100%ige und ab November 2015 eine 40%ige Arbeitsunfähigkeit anzunehmen. Ausgehend von der gutachterlichen Arbeitsfähigkeitsschätzung bleiben die erwerblichen Auswirkungen der Leistungsbeeinträchtigung zu prüfen. Dabei ist der Invaliditätsgrad anhand eines Einkommensvergleichs zu bestimmen (vgl. E. 3.1). Die gutachterliche Arbeitsfähigkeitsschätzung bezieht sich sowohl auf angestammte als auch auf adaptierte Tätigkeiten (vgl. IV-act. 82 S. 53 f.). Auch die im Zeitraum vor der Begutachtung anzunehmende 100%ige Arbeitsunfähigkeit bezieht sich auf sämtliche Tätigkeitsbereiche. Demnach ist vorliegend sowohl hinsichtlich des hypothetischen Valideneinkommens als auch bezüglich des Invalideneinkommens von derselben Lohnbasis auszugehen. Folglich kann der Einkommensvergleich anhand eines sogenannten Prozentvergleichs vorgenommen werden. Dabei entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit, allenfalls unter Berücksichtigung eines Abzuges vom Tabellenlohn (vgl. BGE 126 V 75). Für den

Zeitraum von November 2012 bis Oktober 2015, in welchem von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen ist, besteht demnach bei einem Invaliditätsgrad von 100 % ein Anspruch auf eine ganze Rente, wobei der Rentenanspruch allerdings erst am 1. November 2013 entstanden ist (vgl. E. 4.1). Bei einem Arbeitsunfähigkeitsgrad von 40 %, wie er ab November 2015 anzunehmen ist, resultiert ohne Tabellenlohnabzug ein Invaliditätsgrad von 40 % und damit ein Anspruch auf eine Viertelsrente. Die Frage, ob ein Tabellenlohnabzug vorzunehmen ist, kann vorliegend offengelassen werden, da selbst ein Tabellenlohnabzug von 10 % nicht zu einem höheren Rentenanspruch führt (100 % - 90 % x 60 %) und keine Gründe ersichtlich sind, die einen 10 % übersteigenden Tabellenlohnabzug rechtfertigen könnten. Demnach besteht ab November 2015 noch ein Anspruch auf eine Viertelsrente, wobei die ganze Rente unter Berücksichtigung der Übergangsfrist von Art. 88a Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) während dreier Monate weiterhin auszurichten ist. Folglich besteht für den Zeitraum vom 1. November 2013 bis 31. Januar 2016 ein Anspruch auf eine ganze Rente und ab dem 1. Februar 2016 auf eine Viertelsrente. Mit Blick auf die in der angefochtenen Verfügung enthaltenen Ausführungen der Beschwerdegegnerin zur Schadenminderungspflicht ist noch anzumerken, dass ein mögliches Verbesserungspotential in der medizinischen Behandlung die Entstehung eines Rentenanspruchs nach Ablauf des Wartejahres nicht ausschliesst (vgl. BGE 143 V 416 E. 4.5.2; Urteil des Bundesgerichts vom 2. September 2014, 9C_395/2014, E. 4.5; vgl. ferner E. 2.1). Da der Beschwerdeführer bisher nicht zu einer Therapieänderung angehalten worden ist, kann ihm keine Verletzung der Schadenminderungspflicht vorgeworfen werden. Wenn die Beschwerdegegnerin eine Therapieänderung als notwendig erachtet, kann sie für die Zukunft eine entsprechende Verfügung erlassen (Art. 21 Abs. 4 ATSG). Nach dem Gesagten ist die Beschwerde dahingehend gutzuheissen, dass die angefochtene Verfügung aufzuheben und dem Beschwerdeführer für die Zeit vom 1. November 2013 bis 31. Januar 2016 eine ganze Invalidenrente sowie ab dem 1. Februar 2016 eine Viertelsrente auszurichten ist. Zur Festsetzung des Rentenbetrages ist die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. 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 Ausgang des Verfahrens entsprechend ist sie vollumfänglich der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- ist dem Beschwerdeführer zurückzuerstatten. Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Person 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 (vgl. Art. 61 lit. g ATSG). Im hier zu beurteilenden, durchschnittlich aufwändigen Fall erscheint eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- als angemessen. Die Beschwerdegegnerin hat den Beschwerdeführer deshalb mit Fr. 3'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen. Entscheid Die Beschwerde wird dahingehend gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung aufgehoben und dem Beschwerdeführer rückwirkend für die Zeit vom 1. November 2013 bis 31. Januar 2016 eine ganze Rente sowie ab dem 1. Februar 2016 eine Viertelsrente zugesprochen wird; zur Festsetzung des Rentenbetrages wird die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen. Die Beschwerdegegnerin hat eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen; der geleistete

Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird dem Beschwerdeführer zurückerstattet. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- zu bezahlen.

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