

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2018/204 vom 20. Mai 2020

Sg Versicherungsgericht, 2020-05-20, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2018_204

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2018/204 du 20 mai 2020

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2018/204 del 20 maggio 2020

Regeste

Art. 28 IVG. Würdigung des psychiatrischen Teils eines polydisziplinären Gutachtens, welches eine Aggravation postuliert. Das Gutachten ist beweiskräftig. Rentenanspruch verneint (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 20. Mai 2020, IV 2018/204).

Volltext

Entscheid vom 20. Mai 2020 Besetzung Präsident Joachim Huber, Versicherungsrichterinnen Christiane Gallati Schneider und Miriam Lendfers; Gerichtsschreiberin Karin Kobelt Geschäftsnr. IV 2018/204 Parteien A.____, Beschwerdeführer, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Rainer Braun, Oberdorfstrasse 6, Postfach 29, 8887 Mels, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rente Sachverhalt A.____ (nachfolgend: Versicherter) stellte im April 1996 wegen Rückenproblemen bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) ein Gesuch um berufliche Massnahmen (vgl. IV-act. 2 und 7). Nach entsprechenden Abklärungen sprach ihm die IV-Stelle am 27. Januar 1997 eine Umschulung zum Metallbearbeiter zu (IV-act. 31). Diese absolvierte der Versicherte vom 3. Februar 1997 bis 2. Mai 1999 bei der B.____ und schloss sie erfolgreich ab (vgl. IV-act. 31, 45 und 51). Vom 1. September 1999 bis anfangs 2002 war der Versicherte als CNC-Maschinenbediener arbeitstätig (IV-act. 52-4 und 72-1). Am 2. April 2002 zog sich der Versicherte bei einem Verkehrsunfall ein HWS-Distorsionstrauma zu (IV-act. 60-1). Für die Folgen des Unfalls war die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (nachfolgend: Suva) zuständig (IV-act. 63-46). Auf deren Veranlassung hin absolvierte er vom 25. Juli bis 22. August 2002 einen stationären Rehabilitationsaufenthalt in der Klinik für Rheumatologie und Rehabilitation des Bewegungsapparates, Valens (IV-act. 60-1, 3). Dieser beinhaltete Physio- und Ergotherapie, Instruktionen zu ergonomischen Techniken in Alltag und Beruf sowie Rückenschule und Basistests der körperlichen Leistungsfähigkeit (IV-act. 60-1 f., 11). Dem Austrittsbericht vom 23. August 2002 sind die Diagnosen chronisches zervikozephalcs Syndrom und chronisches thorako- und lumbospondylogenes Syndrom und eine 100%ige Arbeitsfähigkeit für mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten zu entnehmen (IV-act. 60-1). Der zuständige Suva-Arzt bestätigte am 23. Dezember 2002 eine volle Arbeitsfähigkeit bezüglich der HWS-Befunde ab 18. November 2002 (IV-act. 63-27 ff.). Am 15. Januar 2003 nahm der Versicherte eine Tätigkeit als Hilfsbodenleger auf (IV-act. 65-1). Am 23. Juli 2003 liess er der Suva unter Hinweis auf einen erneuten Schub eines Zervikalsyndroms und eine vollständige Arbeitsunfähigkeit seit dem 7. Juli 2003 durch seinen damaligen Hausarzt Dr. med. C.____ einen Rückfall melden (IV-act. 63-24). Per 31. Oktober 2003 wurde er wegen Krankheit als Hilfsbodenleger

entlassen (IV-act. 65-1). Am 20. November 2003 ersuchte er wegen Rücken- und Nackenschmerzen seit 2002 um Leistungen der IV, wenn möglich um eine Umschulung in eine Bürotätigkeit (IV-act. 52). Mit Verfügung vom 14. August 2003 verneinte die Suva das Vorhandensein von Unfallfolgen (IV-act. 63-19; vgl. auch Kreisärztlicher Untersuchungsbericht vom 12. August 2003 in IV-act. 63-21 sowie Einsprache in IV-act. 63-15 und Einspracherückzug in IV-act. 63-12). Dr. C.____ erläuterte mit Bericht vom 4. Dezember 2003, der Versicherte sei seit dem 7. Juli 2003 zu 100 % arbeitsunfähig für die Arbeit auf dem Bau. In körperlich leichten Arbeiten wäre er zu 100 % arbeitsfähig. Der Arzt stellte die Diagnosen chronisches zervikozephalisches Syndrom bei Status nach HWS-Distorsion und chronisches thorakolumbales spondylogenes Syndrom (IV-act. 64-1, 4). Mit Verfügung vom 31. März 2004 verneinte die IV-Stelle einen Anspruch auf berufliche Massnahmen bei voller Arbeitsfähigkeit für leidensangepasste Tätigkeiten (IV-act. 77; bestätigt mit Einspracheentscheid vom 15. November 2004 in IV-act. 89). Ab dem 1. Juni 2007 arbeitete der Versicherte als Polymechaniker mit vollzeitlichem Pensum für die D.____ AG (nachfolgend: Arbeitgeberin), wo er Bauteile anfertigte und diverse Arbeiten in der Fertigung erledigte (IV-act. 93-6, 102-2 und 113-1 f.). Im August 2008 anerkannte die Suva in Zusammenhang mit dieser Tätigkeit an der CNC-Maschine und gegebener Exposition zu Kühlschmiermitteln ein toxisch-irritatives Handekzem als berufsbedingt an. Ein Facharzt aus der Abteilung Arbeitsmedizin der Suva konnte der Arbeitgeberin und dem Versicherten Hilfestellung bei der Anpassung seiner Tätigkeit an diese Einschränkung geben (Fremdakten 3-17; IV-act. 107-163 bis 166). Die Suva stand fortan in stetigem Kontakt mit dem Versicherten, um die Entwicklung bezüglich des Ekzems zu beobachten (vgl. IV-act. 107-49 bis 181). Am 14. Mai 2013 informierte die nunmehrige Hausärztin des Versicherten, Dr. med. E.____, über einen unveränderten Verlauf des chronischen Handekzems. Neu berichte der Versicherte über einen akzentuierten Reizhusten am Arbeitsplatz, weshalb eine pneumologische Abklärung bei Dr. med. F.____, Facharzt für Innere Medizin und Pneumologie, stattgefunden habe (IV-act. 107-46). Vom 6. Dezember 2013 an attestierte Dr. E.____ dem Versicherten wegen eines "massiven psychischen Einbruchs" eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (IV-act. 103-11 und 262-2). Anlässlich einer Besprechung vom 27. Februar 2014 zwischen einem Arbeitsarzt der Suva und dem Versicherten wurde letzterem eine Anmeldung bei der IV nahegelegt (IV-act. 107-19). Am 25. März 2014 ersuchte der Versicherte die IV unter Hinweis auf eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome, eine generalisierte Angststörung und eine Schlafapnoe sowie die seit Dezember 2013 bestehende Arbeitsunfähigkeit um Leistungen (IV-act. 93). Zum Zeitpunkt dieser Anmeldung befand sich der Versicherte seit dem 4. März 2014 in stationärer Behandlung in der Klinik G.____, St. Gallische Psychiatrische-Dienste H.____ (IV-act. 104-2). Dieser Aufenthalt dauerte bis zum 15. April 2014 und wurde vom zuständigen Oberarzt dahingehend zusammengefasst, dass erstmalig eine Hospitalisation erfolgt sei aufgrund einer sekundären psychischen Dekompensation bei anhaltender Belastung durch ein berufsbedingtes Ekzem. Der stationäre Behandlungsversuch sei frustriert verlaufen (IV-act. 117-3). Dem Austrittsbericht sind die Diagnosen schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome, generalisierte Angststörung, berufsbedingtes toxisch-irritatives Handekzem sowie sonstige Schlafapnoe zu entnehmen (IV-act. 117-1). Am 19. Mai 2014 eröffnete die IV-Stelle dem Versicherten, dass zurzeit keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen möglich seien (IV-act. 116; vgl. auch Fallübersicht Eingliederung in IV-act. 132). Am 24. Juli 2014 berichtete Dr. med. I.____ vom Psychiatrie-Zentrum J.____ (nachfolgend: Psychiatrie-Zentrum), der Versicherte

leide an einer schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome und an einer Schlafapnoe und es bestehe der Verdacht auf eine generalisierte Angststörung. Mehrere Versuche einer antidepressiven und anxyolitischen Behandlung seien entweder ergebnislos oder nebenwirkungsbehaftet gewesen. Aus verhaltenstherapeutischer Beobachtung wolle der Patient keine Psychopharmaka einnehmen, wirke passiv und habe hohe Ansprüche an den involvierten Behandler/Therapeuten (IV-act. 123-5). Vom 11. August bis 2. September 2014 wurde der Versicherte erneut in der Klinik G.____ stationär behandelt. Dem diesbezüglichen Bericht vom 19. September 2014 sind die Diagnosen schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome, postschizophrene Depression sowie sonstige Schlafapnoe zu entnehmen (IV-act. 122-1), wobei dem berichtenden Arzt zufolge das eindeutig depressive Zustandsbild diagnostisch unklar geblieben sei (IV-act. 122-4). Er empfahl die weitere psychiatrische Behandlung resp. Begleitung des Patienten und eine feinere diagnostische Abklärung (IV-act. 122-1). Vom 15. bis 17. September 2014 war der Versicherte in der Klinik für Neurologie des Kantonsspitals St. Gallen (nachfolgend: KSSG) hospitalisiert zur Abklärung seit sechs Monaten bestehender, jedoch seit einem Monat zunehmender Bewegungsunruhe (IV-act. 262-31). Die zuständigen Ärzte diagnostizierten Frühdyskinesien DD Akathisie im Rahmen der Neuroleptika-Behandlung (IV-act. 262-30). Aus dem Konsilium Psychosomatik vom 17. September 2014 resultierte die Empfehlung einer stationären psychiatrischen Behandlung und die Bitte um die Aufnahme einer antidepressiven Kombinationsbehandlung (IV-act. 262-32). Am 2. Dezember 2014 startete der Versicherte einen Arbeitsversuch von zwei Stunden an je zwei Tagen bei der Arbeitgeberin. Dabei wurde er von einer Care Managerin von der Swica Krankenversicherung AG (nachfolgend: Swica), welche Krankentaggelder ausrichtete, und seinem behandelnden Psychiater, Dr. I.____, begleitet (IV-act. 125-2). Am 22. Januar 2015 berichtete letzterer, es liege nach wie vor eine anhaltende schwere Depression und eine generalisierte Angststörung vor. Der Patient leide an geringer Konzentrationsfähigkeit, Stresstoleranz und Belastbarkeit. Er leide auch an innerer Unruhe und Gedankenkreisen. Auf den Arbeitsversuch habe er mit zunehmender Unruhe und Überforderung reagiert (IV-act. 129-3 f.). Einem Gesprächsprotokoll vom 10. Februar 2015 der Swica ist zu entnehmen, dass von der Arbeitgeberin im Laufe der therapeutischen Beschäftigungsmassnahme Fortschritte festgestellt worden seien (IV-act. 130-3; vgl. auch IV-act. 135-7, 9). Am 29. April 2015 wurde der Versicherte erneut durch Dr. F.____ untersucht. Dem diesbezüglichen Bericht vom 5. Mai 2015 ist ein weitgehendst normaler Befund zu entnehmen, höchstens mit minim verminderten kleinen Flusswerten. Einzig habe die bronchiale Hyperreagibilität im Vergleich zur Voruntersuchung im Dezember 2013 zugenommen und sei jetzt mittelschwer. Dem Arzt zufolge berichtete der Versicherte über einen Reizhusten am Arbeitsplatz, der 30 bis 60 Minuten anhalte, wenn er in die Halle trete. Zusammen mit den lungenfunktionellen Werten spreche dies höchstens für eine unspezifische irritative Reizung (IV-act. 133-5 f.). Am 12. Mai 2015 berichtete Dr. I.____, der Versicherte befinde sich bei unveränderten Diagnosen und Befunden nach wie vor in ambulanter psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung. Diese bestehe aus wöchentlichen unterstützenden Gesprächen und medikamentöser antidepressiver Therapie (IV-act. 137-2). Es sei jedoch bislang kein medikamentöser Therapieversuch toleriert worden (IV-act. 137-4). Die zuständige Ärztin vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) sah am 28. Mai 2015 Eingliederungspotential beim Versicherten (IV-act. 139-2). Am 14. August 2015 fand ein Gespräch zwischen diesem und der zuständigen IV-Eingliederungsberaterin statt (IV-act. 147-1). Im September 2015 unterzeichneten der

Versicherte, seine Arbeitgeberin, seine Hausärztin, sein behandelnder Psychiater und die IV-Stelle einen Eingliederungsplan für Integrationsmassnahmen (Wirtschaftsnahe Integration mit Support am Arbeitsplatz; WISA). Diese umfassten den Zeitraum vom 1. September 2015 bis 26. Februar 2016 und hatten als Ziel eine stabile 50%ige Arbeitsfähigkeit (IV-act. 160; vgl. auch Mitteilung vom 22. Oktober 2015 in IV-act. 163 sowie Taggeldverfügungen vom 30. Oktober 2015 in IV-act. 169 und vom 18. Dezember 2015 in IV-act. 175). Nach einer am 28. Oktober 2015 erfolgten Untersuchung stellte Dr. F. ___ am 3. November 2015 fest, die bronchiale Hyperreagibilität habe seit der letzten Konsultation Ende April 2015 zugenommen, auch habe sich die Lungenfunktion tendenziell verschlechtert (IV-act. 177-16 f.). Am 6. November 2015 wurde der Versicherte mit hyperglykämischer Entgleisung und bei Erstdiagnose eines Diabetes mellitus Typ 2 notfallmässig dem Spital K. ___, Klinik für Innere Medizin, zugewiesen, wo mit der Einstellung der Blutzuckerwerte begonnen wurde. Am Folgetag verliess der Versicherte das Spital ohne Abmeldung, nachdem er wegen eines fälschlicherweise zugeteilten Essens sehr aggressiv und ausfallend geworden sei (IV-act. 262-20 f.). Vom 11. bis 18. November 2015 war er in der Klinik für Endokrinologie, Diabetologie, Osteologie und Stoffwechselerkrankungen am KSSG hospitalisiert, um die Diabetestherapie zu etablieren (IV-act. 201-4; vgl. Austrittsbericht in IV-act. 262-12 ff.). Anlässlich eines psychosomatischen Konsiliums vom 17. November 2015 wurde eine depressive Symptomatik verneint und der Verdacht auf eine bipolare Störung mit aktuell hypomanischer Episode geäussert (IV-act. 262-13). Am 1. Dezember 2015 berichtete Dr. med. L. ___, welcher den Versicherten ab Auftreten des Handekzems im Jahr 2008 als Hautarzt betreute, dieses Ekzem sei vom Verlauf her hochchronisch, heile jedoch unter Arbeitskarenz vollständig ab. Eine ideale Lösung wäre, wenn der Versicherte nur zu 50 % in seinem Betrieb arbeiten müsste, da das Handekzem unter dieser Arbeitsbelastung nur mässig exazerbiere (IV-act. 173-1 f.). Die zuständigen Ärzte vom Psychiatrie-Zentrum berichteten am 3. Februar 2016 anhaltend über eine schwere depressive Episode und erklärten, der Versicherte halte die Arbeitstätigkeit im Rahmen der Integrationsmassnahme einigermaßen aus (IV-act. 187-2 f.). Die zuständige Ärztin vom RAD hielt am 16. Februar 2016 fest, medizinisch-theoretisch sei aus psychiatrischer Sicht in Anbetracht der innerhalb des letzten Jahres langsam erfolgten Steigerung der Arbeitsfähigkeit eine weitere Steigerung auf zirka 50 % möglich. Der Schweregrad der von Dr. I. ___ diagnostizierten Depression entspreche nicht mehr demjenigen von vor einem Jahr, da der Versicherte aktuell eine 40%ige Arbeitsleistung in einer Tätigkeit erbringe, welche gemäss Akten auch kognitive Ansprüche stelle. Dies erscheine mit einer schwergradigen depressiven Episode nicht vereinbar, mit einer mittelgradigen jedoch möglich (IV-act. 194-2). Am 4. März 2016 zog die IV-Eingliederungsberaterin bezüglich der WISA den Schluss, dass in der Zeit vom 1. September 2015 bis 26. Februar 2016 vom Versicherten nur eine Arbeitsplatzpräsenz von 3.5 Stunden pro Tag erreicht worden sei. Eine Verlängerung der Massnahme mache keinen Sinn, zumal eine der Voraussetzungen eine tägliche Mindestpräsenz von 4 Stunden gewesen wäre (IV-act. 197-10). Gestützt hierauf teilte die IV-Stelle dem Versicherten am 9. März 2016 mit, dass die beruflichen Massnahmen abgeschlossen würden und kein Anspruch auf weitere berufliche Massnahmen bestehe (IV-act. 200). Diese Mitteilung widerrief die IV-Stelle nach entsprechendem Ersuchen durch Dr. E. ___ (IV-act. 201-1) und Rücksprache mit der Arbeitgeberin (IV-act. 202) am 1. April 2016 und nahm die beruflichen Massnahmen wieder auf (IV-act. 203). Mit im April 2016 vom Versicherten, von der IV-Stelle, der Arbeitgeberin und einem Jobcoach von der M. ___ AG

unterzeichnetem Eingliederungsplan für Integrationsmassnahmen bei einem Arbeitgeber für WISA wurde das Ziel vereinbart, bis zum 31. August 2016 eine 50%ige Arbeitsfähigkeit zu erreichen (IV-act. 204; vgl. auch Mitteilung vom 8. April 2016 in IV-act. 206 sowie Taggeldverfügungen vom 15. resp. 29. April 2016 in IV-act. 208 und 209). Dr. L. ___ berichtete am 27. Juli 2016, die aktuelle Arbeitsbelastung von 50 % werde der Situation des Versicherten gerecht. Das leichte Aufflammen des Handekzems werde zugunsten der Aufrechterhaltung der Arbeitstätigkeit toleriert (IV-act. 225-1 f.). Gemäss Zwischenbericht Coaching / WISA des Jobcoaches vom 26. August 2016 konnte der Versicherte seine Präsenz am Arbeitsplatz im August 2016 auf 4.5 Stunden bei stabiler Leistung von 30 % steigern (IV-act. 232-3). Am 29. August 2016 wurde der Arbeitsvertrag zwischen der Arbeitgeberin und dem Versicherten dahingehend angepasst, dass letzterer ab 1. September 2016 zu einem 50 %-Pensum (Präsenzzeit) mit etwa 30%iger Leistung eingesetzt werde (IV-act. 233). Vor diesem Hintergrund schloss die IV-Stelle mit Mitteilung vom 2. September 2016 die beruflichen Massnahmen ab (IV-act. 236; vgl. auch Verlaufsprotokoll Eingliederungsberatung in IV-act. 234). Am 31. Oktober 2016 hielten die zuständigen Ärzte vom Psychiatrie-Zentrum fest, der Versicherte leide an einer anhaltenden schweren Depression. Er arbeite drei bis vier Stunden am Vormittag und erreiche dadurch seine Grenze der Belastbarkeit. Danach fühle er sich überfordert bzw. am Limit seiner Kraft, werde müde, sehr unruhig und verliere die Konzentration. Es sei kritisch und fraglich, ob die bisherige Tätigkeit noch zumutbar sei. Die Therapie finde aktuell alle drei Wochen statt. Bislang sei aufgrund starker Nebenwirkungen kein medikamentöser Therapieversuch toleriert worden. Aufgrund des komplexen psychopathologischen Zustandes des Versicherten, der schlechten Medikamentenverträglichkeit sowie des schlechten Krankheitsverlaufs gingen sie von einer ungünstigen Prognose aus und empfahlen eine Rente der IV (IV-act. 257-3 ff.). Im November 2016 schilderte Dr. E. ___ ausführlich den Verlauf der gesundheitlichen Beschwerden des Versicherten seit 2013 (IV-act. 262-2 ff.) und erklärte, dieser könne nur stundenweise mit reduzierter Leistungsfähigkeit als Hilfsarbeiter im altbekannten Betrieb arbeiten. Diese Einschätzung basiere auf Beobachtungen von über zwei Jahren. Die Prognose sei wahrscheinlich schlecht, es handle sich um eine chronifizierte schwere psychische Störung (IV-act. 262-4 f.). Mit Verfügung vom 23. Januar 2017 verneinte die Suva einen Anspruch auf eine Invalidenrente der Unfallversicherung (IV-act. 266). Am 13. Februar 2017 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, dass eine medizinische Abklärung (Allgemeine/Innere Medizin, Psychiatrie, Dermatologie, Pneumologie) notwendig sei (IV-act. 271). Das in der Folge in Auftrag gegebene Gutachten wurde nach zusätzlicher orthopädischer und neuropsychologischer Untersuchung am 13. November 2017 durch die Medizinische Abklärungsstelle Bern, ZVMB GmbH (nachfolgend: MEDAS), erstattet (IV-act. 287). Dabei wurde einzig der Diagnose chronisches, kumulativ-toxisches, keratotisch-rhagadiformes Kontaktekzem an den Händen und zweitweise unteren Extremitäten Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zugebilligt (IV-act. 287-50). Die Diagnosen Persönlichkeitsakzentuierung, Probleme in Bezug auf die Lebensführung, sozioökonomische oder psychosoziale Umstände, Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen, COPD bei Zustand nach langjährigem Nikotinabusus, schweres obstruktives Schlafapnoesyndrom, lateraler komplexer Meniskusriss links, Diabetes mellitus Typ II, Steatosis hepatis Stadium II, aktuell Übergewicht, Verdacht auf Refluxgastritis, lumbospondylogenes Syndrom ohne radikuläre Zeichen, Status nach HWS-Schleudertrauma von 2002 ohne Beschwerden und nicht authentische

neuropsychologische Störung in mehreren kognitiven Bereichen hätten keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (IV-act. 287-50). In der angestammten Tätigkeit als Polymechniker wäre der Versicherte an seinem zurzeit noch aufrechterhaltenen Arbeitsplatz aus rein dermatologischer Sicht 50 % arbeitsfähig aufgrund der toleranten Haltung der Arbeitgeberin. An fremden, durchschnittlichen Arbeitsplätzen dürfte er wegen des Handekzems höchstens 30-50 % Arbeitsfähigkeit erreichen (IV-act. 287-51). Die Gutachter kamen interdisziplinär zum Schluss, dass der Versicherte in adaptierten Tätigkeit 100 % arbeitsfähig sei (IV-act. 287-52; zum positiven und negativen Fähigkeitsprofil vgl. IV-act. 287-51). Die zuständige Ärztin vom RAD stellte am 22. November 2017 fest, dass auf dieses Gutachten abgestellt werden könne (IV-act. 288). Dem folgend teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit Vorbescheid vom 3. Januar 2018 mit, es bestehe kein Anspruch auf eine Invalidenrente (IV-act. 296). Am 28. Februar 2018 nahm der Rechtsvertreter des Versicherten Stellung zum Vorbescheid (IV-act. 305) und am 12. März 2018 (IV-act. 306) reichte er eine Stellungnahme von Dr. E. ___ vom 26. Februar 2018 zum psychiatrischen Teilgutachten der MEDAS nach (IV-act. 307). Die zuständige Ärztin vom RAD äusserte sich am 15. Mai 2018 wiederum zu diesen Stellungnahmen (IV-act. 308). Am 17. Mai 2018 verfügte die IV-Stelle im Sinne des Vorbescheids und wies das Rentenbegehren des Versicherten bei einem Invaliditätsgrad von 3 % ab (IV-act. 309 = act. G 1.1). Gegen die Verfügung vom 17. Mai 2018 richtete sich die Beschwerde vom 14. Juni 2018 mit dem Antrag, dem Versicherten (nachfolgend: Beschwerdeführer) sei unter Kosten- und Entschädigungsfolgen eine Invalidenrente auszurichten. Des Weiteren wurden die unentgeltliche Prozessführung und die Bestellung von Rechtsanwalt Rainer Braun als Vertreter beantragt. Auch seien die Akten der Suva beizuziehen. Zur Begründung wurde vorgebracht, das psychiatrische Teilgutachten der MEDAS widerspreche sämtlichen bisherigen fachärztlichen Beurteilungen diametral. Es könne nicht darauf abgestellt werden. Vielmehr müssten die übereinstimmenden fachärztlichen Einschätzungen massgebend sein. Allenfalls sei von einer unabhängigen psychiatrischen Fachstelle eine gründliche Begutachtung und Beobachtung vornehmen zu lassen (act. G 1). Mit Einspracheentscheid vom 27. Juli 2018 wies die Suva eine gegen ihre Verfügung vom 23. Januar 2017 erhobene Einsprache ab (act. G 1.2 in UV 2018/62). Mit Beschwerdeantwort vom 2. August 2018 beantragte die IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) die Abweisung der Beschwerde und erklärte, das Gutachten der MEDAS sei beweistauglich. Eine Aggravation sei ausgewiesen und eine solche könne nicht invalidisierend sein (act. G 4). Am 7. August 2018 gewährte das Gericht dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Rechtspflege (act. G 5). Mit Replik vom 6. September 2018 hielt der Beschwerdeführer an seinen Anträgen fest (act. G 7). Am 10. September 2018 erhob der Beschwerdeführer Beschwerde gegen den Einspracheentscheid der Suva vom 27. Juli 2018 (act. G 1 in UV 2018/62). Am 11. März 2020 unterrichtete das Gericht die Parteien über den Beizug der Unfallakten der Suva (act. G 10), und am 17. März 2020 verzichtete die Beschwerdegegnerin auf die Einsicht in die beigezogenen Akten und auf eine Stellungnahme dazu (act. G 11). Mit Urteil vom heutigen Tag wurde die Beschwerde betreffend Leistungen der Unfallversicherung abgewiesen (act. G 9 in UV 2018/62). Erwägungen Zwischen den Parteien umstritten und nachfolgend zu prüfen ist der Rentenanspruch des Beschwerdeführers. Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne

wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (lit. c). Als Invalidität gilt laut 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 ist der durch 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 (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Nach Art. 28 Abs. 2 IVG besteht Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70 %, derjenige 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. Für die Bestimmung des Invaliditätsgrads 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, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG). 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). 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 abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a). Streitig und zu prüfen ist im vorliegenden Verfahren die Frage, ob beim Beschwerdeführer eine invaliditätsrelevante Arbeitsunfähigkeit nachgewiesen ist. Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung gestützt auf das MEDAS-Gutachten vom 13. November 2017 von einer vollen Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers aus. Dieser erachtet das psychiatrische Teilgutachten der MEDAS als nicht beweistauglich und beruft sich auf Berichte seiner behandelnden Ärzte (zuständige Ärzte des Psychiatrie-Zentrums, der Klinik G.____, des Spitals K.____ und des KSSG, Dr. E.____; vgl. act. G 1 S. 6 f.). Bezüglich der übrigen Fachrichtungen (Allgemeine Innere Medizin, Dermatologie, Pneumologie, Orthopädie) besteht Einigkeit zwischen den Parteien, dass der Beschwerdeführer keine Tätigkeiten mit Kontakt zu Kühlschmiermitteln ausüben soll, weshalb in seiner angestammten Tätigkeit an der CNC-Maschine lediglich eine Arbeitsfähigkeit von 30 - 50 % attestiert wird und für adaptierte Tätigkeiten eine solche von 100 %. Aus dermatologischer Sicht sollten auch andere Arbeiten im feuchten Milieu oder mit Kontakt zu aggressiven Chemikalien oder überdurchschnittlicher physikalischer Beanspruchung gemieden werden. Aufgrund der pulmonalen Beschwerden seien Tätigkeiten im Schichtdienst sowie Tätigkeiten mit Wechsel zwischen warmer und kalter

Atmosphäre, mit Nässe, Dämpfen, Stäuben eingeschränkt. Aufgrund des Knieleidens seien das Heben und Tragen von schweren Lasten dauerhaft über 15 kg beidseits nicht zumutbar. Arbeiten in gebückter Haltung, kniend, mit ständigem Treppensteigen oder mit Gehen auf unebenem Boden seien ebenfalls nicht zumutbar (IV-act. 287-51 f.). Diese Einschätzungen lassen sich aufgrund der medizinischen Aktenlage ohne weiteres nachvollziehen (vgl. IV-act. 287-57 bis 87) und sind nicht zu beanstanden. Zu prüfen gilt es demgegenüber, ob der Sachverhalt auch aus psychiatrischer Sicht hinreichend abgeklärt wurde. Der Beschwerdeführer wurde ab Dezember 2013 wegen psychischer Beschwerden von seiner Hausärztin krankgeschrieben und zur Behandlung ans Psychiatrie-Zentrum überwiesen (vgl. IV-act. 262-2). Die zuständigen Ärzte legten ihm eine stationäre Behandlung nahe, welche vom 4. März bis 15. April 2014 in der Klinik G.____ erfolgte. Nach diesem Aufenthalt lauteten die psychiatrischen Diagnosen schwere depressive Episode und Verdacht auf eine generalisierte Angststörung (IV-act. 117-1). Diese Diagnosen wurden von den behandelnden Psychiatern übernommen (vgl. IV-act. 123-5). Nach der zweiten stationären Behandlung, welche vom 11. August bis 2. September 2014 dauerte, erhoben die zuständigen Ärzte der Klinik G.____ die Diagnose einer schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome, erwähnten eine postschizophrene Depression und empfahlen eine feinere diagnostische Abklärung, da das eindeutig depressive Zustandsbild diagnostisch unklar geblieben sei (IV-act. 122-1, 4). Am 2. Dezember 2014 startete der Beschwerdeführer einen Arbeitsversuch (IV-act. 125-2), welcher anfangs von der Swica und ab 1. September 2015 bis 31. August 2016 von der Beschwerdegegnerin als WISA unterstützt wurde und in einer Anpassung des Arbeitsvertrages des Beschwerdeführers mit der Arbeitgeberin mündete. Dabei wurde das Pensum von vollzeitlich auf 50 % reduziert mit etwa 30%iger Leistung (IV-act. 160, 204, 233). Während dieser Zeit diagnostizierte der behandelnde Psychiater am 22. Januar und 12. Mai 2015 unverändert eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome und einen Verdacht auf eine generalisierte Angststörung (IV-act. 129-2 und 137-2) und am 3. Februar und 31. Oktober 2016 berichtete er über eine anhaltende schwere Depression (IV-act. 187-3 und 257-5). Dazwischen hatte anlässlich der Hospitalisation am KSSG am 17. November 2015 ein psychosomatisches Konsilium stattgefunden, welches einen aktuell leicht angetriebenen, unruhig wirkenden Beschwerdeführer beschrieb, ohne depressive Symptomatik und ohne Suizidabsichten (IV-act. 262-13). Am 16. Februar 2016 berichtete ein Vorgesetzter des Beschwerdeführers der IV-Eingliederungsverantwortlichen, letzterer arbeite gewissenhaft und zuverlässig. Habe er einen schlechten Tag, spreche er kaum mehr. Dennoch habe er keine Leistungseinbusse. Insgesamt arbeite er gleich wie die anderen Mitarbeiter (IV-act. 197-7). Kurze Zeit später, am 31. März 2016, schätzte ein anderer Vorgesetzter des Beschwerdeführers dessen Leistungsfähigkeit etwa mit 20 - 30 % eines vollen Pensums ein und erklärte, die Leistung hänge sehr stark von der Tagesform des Beschwerdeführers ab (IV-act. 234-2). Es ist vor diesem Hintergrund nachvollziehbar, dass die zuständige Ärztin vom RAD am 16. Februar 2016 zum Schluss kam, dass die Diagnose einer schweren Depression nicht mit der effektiven Arbeitsleistung des Versicherten vereinbar erscheine. Sie stellte bereits zu diesem Zeitpunkt fest, dass in den Akten immer wieder von Aggressionen und aggressiven Impulsdurchbrüchen berichtet werde, die nicht unbedingt den vorliegenden Diagnosen zuzuordnen seien bzw. die Frage nach einer allfälligen Pathologie der Persönlichkeit oder aber der Mitwirkung aufwerfen würden. Aufgrund dieser Umstände empfahl die RAD-Ärztin denn auch eine psychiatrische Begutachtung (IV-act. 194-2). Der umstrittene psychiatrische Teil des MEDAS-Gutachtens wurde von Dr. med.

N.____ erstellt, nachdem dieser die Vorakten studiert (vgl. IV-act. 287-7 bis 20 sowie 36 bis 41), den Beschwerdeführer am 27. Juni 2017 untersucht (IV-act. 287-25 ff.) und vom Resultat der am 5. September 2017 durchgeführten neuropsychologischen Untersuchung durch lic. phil. O.____ (IV-act. 287-88 bis 94) Kenntnis genommen hatte. Dr. N.____ stellte fest, der Beschwerdeführer könne zu seiner Biografie zum Teil keine Auskunft geben, selbst sein eigenes Alter und das Alter seiner Kinder könne er nicht spontan nennen, müsse lange überlegen. Später, in einem anderen Zusammenhang, könne er einige zuvor nicht beantwortete Fragen spontan beantworten (IV-act. 287-25). Während der Exploration hat der Beschwerdeführer dem Facharzt zufolge zu keinem Zeitpunkt depressiv herabgestimmt gewirkt, die Stimmung sei indifferent gewesen. Bezüglich Persönlichkeit bestehe eine deutliche histrionische und narzisstische Akzentuierung, jedoch wirke das Verhalten auch nicht authentisch und aufgesetzt (IV-act. 287-26). Der durchgeführte REY-Test sprach für deutlich suboptimales Antwortverhalten (IV-act. 287-27). Dr. N.____ stellte nicht konsistente Verhaltensauffälligkeiten sowie unpräzise und diskrepante Antworten zur Biografie und zum Verlauf der geschilderten Beschwerden fest. Die Auskünfte seien ungenau, bei Ablenkung oder zu einem späteren Zeitpunkt hätten diese jedoch problemlos oder sogar detailliert wiedergegeben werden können. Auffällig war dem Psychiater zufolge, dass der Beschwerdeführer in den somatischen Fachgebieten ein anderes Verhalten gezeigt hatte. Da habe er gut kooperiert und erschöpfend und chronologisch zu seinen Leiden berichten können. Es habe keine Spur von kleinkindlichem oder aufgesetztem Verhalten gegeben. Zusammenfassend habe der Beschwerdeführer in der psychiatrischen Untersuchung eine Symptom-Konstellation von nicht zusammengehörigen Krankheitszeichen gezeigt, die offensichtlich einer fehlgeleiteten Vorstellung von einem gültigen psychiatrischen Zustandsbild entsprechen würden, welches es in der präsentierten Konstellation real jedoch nicht gebe (IV-act. 287-32). Beim Beschwerdeführer sei davon auszugehen, dass psychisch keine relevanten Abweichungen im Denken und Erleben im Vergleich zu anderen Gleichaltrigen des gleichen Familien- und Bildungsstandes und derselben Ethnie vorliegen würden und somit auch keine versicherungspsychiatrisch bedeutsame Störung bestehe (IV-act. 287-35). Die motivational bedingten Schwächen und Schwierigkeiten sowie das Vermeidungsverhalten könnten dank seiner sonst guten Ressourcen durchaus überwunden werden (IV-act. 287-40). Der Fachpsychologe für Neuropsychologie hielt in Zusammenhang mit den Vorbefunden fest, 2002 habe eine neuropsychologische Untersuchung des Beschwerdeführers stattgefunden. Leider könne nicht auf diese Daten abgestützt werden, da schon damals Bedenken bezüglich der Glaubwürdigkeit der Resultate geäußert worden seien. Im Rahmen von psychischen Störungen, wie z.B. Depressionen und Angststörungen, seien leichte kognitive Einschränkungen möglich - man würde jedoch keine schweren Defizite erwarten, ausser, es bestehe gleichzeitig eine schwere psychische Störung (IV-act. 287-90). Die Kontaktaufnahme war dem Fachpsychologen zufolge auffällig (der Beschwerdeführer vermeide zeitweise den Blickkontakt, starre den Untersucher dann wieder an, grüsse diesen nicht, sei von Beginn weg einsilbig, abweisend, leicht aggressiv), ebenso die Anstrengungsbereitschaft. Die Aufmerksamkeit sei in der 1-zu-1-Situation schwankend, der Beschwerdeführer wirke internal abgelenkt. Die Initiierung von Handlungen und die Aufrechterhaltung derselben sei in der gut strukturierten Untersuchungssituation schwankend: teilweise deutliche Antwortlatenzzeiten, dann prompte Initiierung, langsames Vorgehen, dann wieder unauffällig. Die Affektivität wirke etwas bedrückt, die affektive Schwingungsfähigkeit sei reduziert. Motorisch sei der Beschwerdeführer deutlich auffällig:

wippe fortwährend mit den Beinen, zittere an den Armen, dann sei er wieder völlig ruhig (IV-act. 287-91). In dieser neuropsychologischen Teilbegutachtung seien keine validen Resultate erzielt worden, die erhaltenen Testwerte mit über allem gesehen schwer defizitären Leistungen seien nicht gültig. Als Begründung hierfür wurde angeführt, dass ein gut standardisierter Performancevalidierungstest auffällig gewesen sei und sich Diskrepanzen zwischen den klinischen Beobachtungen und den Testergebnissen einerseits wie auch innerhalb und zwischen einzelnen Testverfahren gezeigt hätten. Unter Anwendung eines Entscheidungsalgorithmus sei auf eine Aggravation zu schliessen, sofern dies nicht psychiatrischerseits besser erklärt werden könne. Wären die Resultate valide, dann könnte sich der Beschwerdeführer Einfachstes nicht merken, würde es praktisch sofort vergessen oder mit anderen Erinnerungen vermischen. Er wäre massiv verlangsamt (könnte nicht mehrmals "notfallmässig" auf die Toilette rennen, wie dies während der Untersuchung drei Mal geschehen sei), wäre weder zeitlich, noch örtlich-geographisch noch situativ orientiert. Er könnte höchstens sehr eingeschränkt auf zuvor gemachte Äusserungen Bezug nehmen und wäre komplett unfähig, auch nur einfache Arbeiten zu erledigen (IV-act. 287-93). Bei den in Erwägung 2.2 dargelegten psychiatrischen Vorakten, welche grosse Schwierigkeiten bei der Diagnosestellung und bei der Etablierung einer medikamentösen Therapie dokumentieren und teilweise den tatsächlichen Begebenheiten wie der effektiven Arbeitstätigkeit widersprechen (vgl. hierzu ausführlich die RAD-Stellungnahme vom 15. Mai 2018 in IV-act. 308-2), ist nachvollziehbar, dass sich bei der psychiatrischen Untersuchung und bei der neuropsychologischen Testung Hinweise für Befundinkonsistenzen und Verhaltensauffälligkeiten zeigten, welche zum Schluss einer Aggravation führten. Die durchgeführte neuropsychologische Testung lieferte keine validen Ergebnisse, sondern ergab eine nicht authentische neuropsychologische Störung in mehreren kognitiven Bereichen. Der Psychologe veranschaulichte seine Beurteilung dahingehend, dass der Beschwerdeführer, wenn die Resultate valide wären, unter anderem weder zeitlich, örtlich-geographisch noch situativ orientiert wäre und komplett unfähig wäre, auch nur einfache Arbeiten zu erledigen (IV-act. 287-94). In dieses Bild fügt sich auch die Medikamentenspiegelbestimmung ein, welche ergab, dass das Sedativa/Hypnotika Lorazepam ausserhalb der Nachweisgrenze liege und der Blutspiegel vom Antidepressiva Paroxetin gegen eine hinreichende Einnahme dieser Substanz spreche (IV-act. 287-26). Dies erstaunt vor dem Hintergrund, dass der Beschwerdeführer von Behandlungsbeginn weg Unverträglichkeiten bezüglich Medikamenteneinnahme angab (vgl. Berichte des Psychiatrie-Zentrums in IV-act. 123, 129, 137, 187 und 257), nicht. Angesichts des Umstandes, dass der Beschwerdeführer eine ungewöhnliche und widersprüchliche Symptom-Konstellation zeigte von nicht zusammengehörigen Krankheitszeichen (IV-act. 287-32), ist entgegen dessen Ansicht nachvollziehbar, dass keine psychiatrische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden konnte. Der Beschwerdeführer lässt vorbringen, die Beschwerdegegnerin mache zu Unrecht geltend, medizinische Fachpersonen hätten bereits im Vorfeld den Verdacht auf eine Symptomausweitung geäussert (act. G 7 Ziff. III/3). Es ist zwar korrekt, dass die stationäre Rehabilitation in Valens vom 23. März bis 11. April 1998 sehr lange her ist, anlässlich welcher die zuständigen Ärzte im Austrittsbericht vermerkt hatten, dass der Patient eine Inkonsistenz der Beschwerden zeige (IV-act. 59-2). Auch sind die Basistests der körperlichen Leistungsfähigkeit in der Klinik Valens lange her, welche während eines stationären Aufenthalts gemacht wurden, der vom 25. Juli bis 22. August 2002 dauerte (vgl. IV-act. 60-1). Dabei handelte es sich jedoch neben der vorliegend strittigen um die einzige

entsprechende Testung und neuropsychologische Untersuchung, weshalb ihr nicht jegliche Bedeutung abgesprochen werden kann. Damals wurde von der Ergonomieabteilung eine im Vergleich zur getesteten Leistungsfähigkeit zu tiefe Selbsteinschätzung beobachtet. Die Leistungsbereitschaft wurde als fraglich eingeschätzt, die Konsistenz hingegen als gut (IV-act. 60-11 f.). Die berichtenden Ärzte erklärten damals bezüglich der durchgeführten neuropsychologischen Untersuchung, die Testung habe leichte bis mittelschwere Defizite in der geteilten Aufmerksamkeit, dem Antrieb und Raumsinn gezeigt. In den Tests habe der Beschwerdeführer verlangsamt gewirkt. Diesbezüglich müsse jedoch auch eine fluktuierende Motivation diskutiert werden, da die Verlangsamung in der Eintrittsuntersuchung nicht vorhanden und während des gesamten Therapieverlaufs nicht ständig zu bemerken gewesen sei (IV-act. 60-2). Inkonsistenzen wurden auch anlässlich zweier kreisärztlicher Untersuchungen durch Dr. med. P.____, Facharzt für Chirurgie sowie orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, beschrieben. Der Arzt stellte am 23. Dezember 2002 fest, die anamnestischen Angaben und Befunde seien sehr uneinheitlich. Es bestehe eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geltend gemachten und vorgebrachten Beschwerden. Ob allenfalls vorbestehende krankhafte Veränderungen manifest seien, bleibe offen (IV-act. 63-29). Und auch anlässlich einer Untersuchung vom 12. August 2003 ergab sich eine Uneinheitlichkeit zwischen der aktuellen Beschwerdesymptomatik und den klinischen Befunden. Das gegenwärtige Beschwerdebild des Zervikalsyndroms sei uneinheitlich und teilweise atypisch. Es bestünden Hinweise für eine gewisse Ausweitungstendenz und eine deutliche Überlagerungssymptomatik (IV-act. 63-22). Und der Augenarzt Dr. med. Q.____, welchen der Versicherte bei der Diagnose postcommotionelles Syndrom am 5. Juni und 2. Juli 2002 konsultiert hatte, äusserte das Gefühl, dass eine gewisse Aggravation vorliege. Es sei sehr schwierig gewesen, einen vernünftigen Visus zu bestimmen (IV-act. 63-45). Bei dieser Aktenlage gelingt dem Beschwerdeführer der Nachweis, dass aus psychiatrischer oder neuropsychologischer Sicht die Arbeitsfähigkeit mindernde Beeinträchtigungen bestehen, offenkundig nicht. Auch ist nicht davon auszugehen, dass diesbezüglich weitere Abklärungen eine Objektivierung ermöglichen könnten. Fachärztlicherseits standen im Begutachtungszeitpunkt insbesondere die Diagnosen der behandelnden Psychiater im Raum sowie die während der stationären psychiatrischen Aufenthalte in Valens gestellten Diagnosen. Bei der vom Beschwerdeführer angerufenen Dr. E.____ handelt es sich demgegenüber nicht um eine psychiatrische Fachärztin, und dem Austrittsbericht des Spitals K.____ sind keine eigenen psychiatrischen Diagnosen zu entnehmen (vgl. IV-act. 262-20). Die von den Behandlern gestellte Diagnose wurde seit dem ersten stationären Aufenthalt in Valens anfangs 2014 einzig in dem Sinne angepasst, dass während zweier Jahre von einer schweren depressiven Episode und ab anfangs 2016 dann von einer schweren Depression gesprochen wurde. In diesem Zeitraum der unveränderten Diagnosestellung war der Beschwerdeführer jedoch wie gesagt ab Dezember 2014 bis sicher September 2016 arbeitstätig, und anlässlich einer Hospitalisation am KSSG im November 2015 konnten in einem psychiatrischen Konsilium keinerlei depressive Symptome festgestellt werden (IV-act. 262-13; vgl. insbesondere diesbezügliche Ausführungen der RAD-Ärztin in IV-act. 308). Der anlässlich dieses Konsiliums geäusserte Verdacht auf eine bipolare Störung mit aktuell hypomanischer Episode (IV-act. 262-13) wird von den behandelnden Psychiatern aktenkundig nicht diskutiert. Diese verweisen sodann in sämtlichen Berichten hinsichtlich der Befunde insbesondere auf die Angaben des Versicherten, und teilweise der Hausärztin (vgl. IV-act. 123-5, 187-2 ff., 129-2 ff., 137-4 ff., 257-3 ff.). Einzig am 22. Januar 2015 hatte Dr. I.____

einen etwas umfassenderen Befund erhoben und den Beschwerdeführer als bewusstseinsklar und allseits orientiert beschrieben. Konzentration und Gedächtnis schienen beeinträchtigt und er berichte über Vergesslichkeit. Im formalen Denken wirke der Beschwerdeführer verlangsamt, blockiert und sehr fixiert auf seine Beschwerden. Es gebe keine Hinweise für Sinnestäuschungen, Wahnwahrnehmungen oder Ich-Störungen. Im Affekt wirke der Patient deprimiert, niedergeschlagen und ratlos, andererseits sei eine Gereiztheit und innere Unruhe beobachtbar. Der Antrieb sei deutlich reduziert (IV-act. 129-3). Dieser Bericht wurde kurze Zeit nach Aufnahme des Arbeitsversuchs nach einjähriger Abstinenz vom Arbeitsplatz und damit zu einem für den Beschwerdeführer sicher belasteten Zeitpunkt erstellt. Dem jüngsten Bericht sind keinerlei Befunde zu entnehmen (IV-act. 257-3 bis 5), in jenem vom 3. Februar 2016 hatten die behandelnden Fachärzte - identisch wie bereits am 12. Mai 2015 - zumindest erklärt, der Beschwerdeführer wirke immer noch deprimiert, niedergeschlagen, ratlos und labil (IV-act. 187-2 sowie 137-2). Die im Bericht vom 22. Januar 2015 erwähnte zukünftige Behandlung mit Elektrokonvulsionstherapie (EKT; IV-act. 129-3) hat laut den nachfolgenden Berichten wohl nicht stattgefunden oder ist jedenfalls nicht aktenkundig. Dem zweiten Austrittsbericht von Valens ist explizit die Schwierigkeit einer Diagnosestellung zu entnehmen (IV-act. 122-1). Eine Persönlichkeitsveränderung, wie sie der Beschwerdeführer geltend macht und Dr. E. ___ erwähnt (IV-act. 262-4), wurde von den behandelnden Psychiatern in allen diesen Berichten nie thematisiert, weshalb es nachvollziehbar erscheint, dass auch Dr. N. ___ eine solche nicht feststellen konnte. Vor diesem Hintergrund vermögen die Berichte der behandelnden Psychiater keinerlei Zweifel am schlüssigen psychiatrischen Teilgutachten der MEDAS aufkommen zu lassen. Der psychiatrische Facharzt stellte sodann die behandelnden Fachärzte keinesfalls als inkompetent dar, wie dies Dr. E. ___ ausdrückt (IV-act. 307-1), sondern vermutet ein vorhandenes Wohlwollen (vgl. IV-act. 287-33 und 287-40). Dies wiederum entspricht der Erfahrungstatsache, wonach behandelnde Ärztinnen und Ärzte nicht nur in der Funktion als Hausärzte, sondern auch als spezialärztlich behandelnde Medizinalpersonen im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (Urteil des Bundesgerichts vom 27. September 2017, 8C_295/2017, E. 6.4.2, mit weiteren Verweisen). Sie stehen in auftragsrechtlichem Verhältnis zur versicherten Person. Da sie sich zudem in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren haben, verfolgen deren Berichte nicht den Zweck einer den abschliessenden Entscheid über die Versicherungsansprüche erlaubenden objektiven Beurteilung des Gesundheitszustandes (BGE 135 V 470, E. 4.5). Nach dem Gesagten ist beim Beschwerdeführer im vorliegend relevanten Zeitraum mit Ausnahme der Zeiten von stationären Aufenthalten und Hospitalisationen auch aus psychiatrischer Sicht von einer vollständigen Arbeitsfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten auszugehen (vgl. zum Leistungsprofil IV-act. 257-51). Unstreitig ist die Invaliditätsbemessung nach der Methode des Einkommensvergleichs gemäss Art. 16 ATSG vorzunehmen. Der Beschwerdeführer verdiente im Jahr 2012, dem Jahr vor dem Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, gemäss Angaben der Arbeitgeberin Fr. 67'600.-- (IV-act. 113-2). Sein Einkommen lag folglich leicht über dem statistischen Durchschnittseinkommen von männlichen Hilfsarbeitern von Fr. 65'177.-- im Jahr 2012 (vgl. Anhang 2 der von der Informationsstelle AHV/IV herausgegebenen Textausgabe zum IVG, Ausgabe 2019). Angesichts der vollständigen Arbeitsfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten und des praxisgemäss höchstzulässigen Abzugs vom Tabellenlohn von 25 % (vgl. etwa BGE 126 V 25) kann die genaue Bemessung des Invaliditätsgrades offenbleiben.

Denn dieser erreicht selbst bei Vornahme des Maximalabzugs (für welchen vorliegend keine genügenden Gründe vorhanden sind) die in der IV rentenbegründende Schwelle von 40 % bei Weitem nicht. Folglich hat die Beschwerdegegnerin einen Rentenanspruch des Beschwerdeführers zu Recht verneint. Gemäss den vorstehenden Ausführungen ist die Beschwerde 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 als angemessen. Dem unterliegenden Beschwerdeführer sind die Gerichtskosten in der Höhe von Fr. 600.-- aufzuerlegen. Zuzufolge unentgeltlicher Rechtspflege ist er von der Bezahlung 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 (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) pauschal Fr. 1'500.-- bis Fr. 15'000.--. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat keine Honorarnote eingereicht. In vergleichbaren Fällen spricht das Versicherungsgericht regelmässig eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- zu. Eine solche erscheint für den vorliegenden Fall ebenfalls angemessen. Sie 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. 2'800.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen. 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/CH; SR 272] i.V.m. Art. 99 Abs. 2 des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege [VRP; sGS 951.1]). Da die Gerichtsschreiberin verhindert ist, wird der Entscheid für diese stellvertretend von einer mitwirkenden Richterin unterzeichnet (Art. 39 ter Abs. 2 VRP). 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 den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers zufolge unentgeltlicher Rechtsverteidigung 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.