

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2018/293 vom 17. November 2020

Sg Versicherungsgericht, 2020-11-17, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2018_293

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2018/293 du 17 novembre 2020

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2018/293 del 17 novembre 2020

Regeste

Bewiswürdigung eines Gutachtens und eines Verlaufsgutachtens durch denselben Experten (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 17. November 2020, IV 2018/293).

Volltext

Entscheid vom 17. November 2020 Besetzung Versicherungsrichterinnen Karin Huber-Studerus (Vorsitz), Monika Gehrler-Hug und Michaela Machleidt Lehmann; Gerichtsschreiberin Fides Hautle Geschäftsnr. IV 2018/293 Parteien A.____, Beschwerdeführer, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Marco Bivetti, rechtsanwälte.og 42, Oberer Graben 42, 9000 St. Gallen, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rente Sachverhalt A.____ meldete sich am 8./10. April 2013 (IV-act. 1) zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an. Er sei 1991 in die Schweiz gekommen. Er habe eine Vorlehre gemacht und eine Lehre als ____ abgebrochen. Seit Februar 2006 sei er als ____assistent am B.____ angestellt (Bruttoeinkommen Fr. 64'435.80). Seit Mai 2010 sei er richterlich getrennt. Seit jenem Jahr leide er an einer massiven Belastungssituation mit nachfolgender schwerer Erschöpfungsdepression. - In der Arbeitgeberbescheinigung vom 15. Mai 2013 (IV-act. 9) gab das ____ an, seit dem 13. September 2012 sei der Versicherte voll arbeitsunfähig. - In einem ärztlichen Bericht zur Eingliederung vom 22. Mai 2013 (IV-act. 10-1 f.) gab das Ambulatorium C.____ (Dr. med. D.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie) an, der Versicherte sei seit 1. Dezember 2012 und noch bis 31. Mai 2013 voll arbeitsunfähig. Er sei seit einem halben Jahr im Ambulatorium in integrierter psychiatrischer Behandlung, zurzeit monatlich, intensiviert durch Hausbesuche durch die ambulante psychiatrische Spitex und sozialpsychiatrische Begleitung im Ambulatorium. Beigelegt wurde ein Austrittsbericht der Kriseninterventionsstelle des Psychiatrischen Zentrums vom 14. November 2012 (IV-act. 10-3 ff.; Aufenthalt vom 21. September 2012 bis 26. Oktober 2012). Darin war berichtet worden, der Versicherte sei wegen eines Verdachts auf eine akute Psychose zuerst notfallmässig in der Psychiatrischen Klinik E.____ hospitalisiert worden. An berichtender Stelle sei man zunächst von einem psychotischen Geschehen, am ehesten im Rahmen einer schweren Depression, ausgegangen, dann seien misstrauische Züge, Gereiztheit und vor allem Impulsivität des Versicherten immer auffälliger geworden. Sein anhaltendes bizarres bzw. wahnhaftes Erleben sei im Verlauf auch als kulturell begründbar erschienen, nach fremdanamnistischen Aussagen sogar teilweise als entsprechend angemessen (vgl. IV-act. 10-5 f.). Aufgrund der Resultate im ____ (____ [Test]) habe geschienen, es liege zurzeit keine klinisch relevante Depression vor. Es habe sich aus der Testung auch kein hinreichender Hinweis auf eine stattgehabte oder aktuelle Psychose ergeben. Als hoch

auffällig habe sich jedoch die Persönlichkeitsstruktur des Versicherten erwiesen mit auffälligen Akzentuierungen sämtlicher Skalenausprägungen, sogar starken Ausprägungen bei den Aspekten schizoid, borderline, impulsiv, unsicher-vermeidend, zwanghaft (vgl. IV-act. 10-6). Ein Berufseinstieg zu 50 % müsste noch organisiert werden. - In einem Gesprächsprotokoll vom 3. Juni/2. Juli 2013 (IV-act. 11, 16) hielt die zuständige Ärztin (Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie) des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) der Invalidenversicherung fest, Dr. D.____ (Ambulatorium für Sozialpsychiatrie, Psychiatrisches Zentrum C.____) habe angegeben, es liege beim Versicherten eine Anpassungsstörung, Angst/Depression gemischt, vor. Zurzeit schein zunehmend eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen und paranoiden Anteilen deutlich zu werden. Vom 24. September 2012 bis 26. Oktober 2012 sei er im F.____ hospitalisiert gewesen. Nun werde er fachpsychiatrisch und unter Einbindung von psychiatrischer Spitex behandelt. Er zeige maximale Regression und minimale Frustrationstoleranz, zeige sich schwer gekränkt vom Verlassenwerden durch die Ehefrau und verharre in Passivität. Es bestehe noch kein Eingliederungspotenzial. - Am 5. Juni 2013 (IV-act. 13) teilte die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen mit, Eingliederungsmassnahmen seien zurzeit nicht möglich. - In einem IV-Verlaufsbericht vom 2. Oktober 2013 (IV-act. 20) gab Dr. D.____ an, dem Versicherten seien keine Erwerbstätigkeiten zumutbar. Er sei noch immer nicht in der Lage, sich auf Arbeitsvorgänge zu konzentrieren. Im Vordergrund stünden die Kränkungssituation im Rahmen der ehelichen Trennung und die Überforderungssituation am Arbeitsplatz wegen des formal gedanklichen Besetztseins durch die erlebte Enttäuschung. - Der Versicherte teilte auf Anfrage am 4. April 2014 (IV-act. 26) mit, er habe vom 11. bis ca. 18. Februar 2013 einen Arbeitsversuch mit Arbeit bis zu 50 % gemacht. - Dr. med. G.____, Praktischer Arzt FMH, gab am 29. April 2014 (IV-act. 29) an, es liege beim Versicherten seit September 2012 eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, vor. Er behandle den Versicherten seit 20. August 2013. Ab jenem Zeitpunkt attestierte der Arzt ihm eine volle Arbeitsunfähigkeit bis zum 6. Mai 2014 und erklärte, der Versicherte könnte schlecht in einem Team arbeiten, wäre bei der Arbeit nicht verlässlich und hätte häufige Absenzen. Eventuell könnte eine erneute ambulante oder stationäre Behandlung zu einer Affektstabilisierung und besserer Belastbarkeit führen. - Der RAD hielt am 3. Juli 2014 (IV-act. 36) fest, seit August 2013 werde der Versicherte (nicht mehr durch die psychiatrische Spitex, sondern) einzig noch durch Dr. G.____ betreut. Es gebe verschiedene Unklarheiten (anamnestische, diagnostische, solche betreffend die Funktionsdefizite, die IV-fremden Faktoren und die medizinischen Massnahmen). Es sei eine monodisziplinäre Begutachtung vorzunehmen. Dr. med. H.____, Facharzt FMH für Psychiatrie/Psychotherapie und Allgemeinmedizin, benannte im Gutachten vom 15. August 2014 (IV-act. 41) als Diagnosen beim Versicherten eine kombinierte Persönlichkeitsstörung, mittelgradig depressive Episoden bei rezidivierender depressiver Störung, und einen schädlichen Gebrauch von Alkohol (DD fortbestehende Alkoholabhängigkeit bei Z. n. langjähriger Alkoholkrankung). In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit sei der Versicherte zu 50 % arbeitsunfähig. Angepasste Tätigkeiten (ohne Schichtarbeit, in kleinen überschaubaren Arbeitsteams, mit Rücksichtnahme, mit teilweise Möglichkeiten zur Verständigung in der Muttersprache) seien zu 75 bis 100 % zumutbar, wobei für die ersten beiden Jahre abhängig von wiederkehrenden depressiven Episoden eine verminderte Leistungsfähigkeit anzunehmen sei. Insgesamt mache die Arbeitsfähigkeit 75 % aus. Diese Arbeitsfähigkeit sei nach einem Jahr ab Therapiebeginn bei Dr. med. I.____,

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie [im Juni 2014, vgl. IV-act. 85-2], realistisch. Eine Steigerung auf 100 % sei abhängig vom Therapieverlauf und von der Anpassungsfähigkeit der Arbeitsumgebung im Sinn von Nischenarbeitsplätzen. Die Arbeitsfähigkeit von 50 % (im hälftigen Pensum oder bei vollzeitlicher Arbeit) sei sofort zumutbar, diejenige von 75 % nach einem Jahr, bei möglicher Steigerungsfähigkeit im Verlauf. Die Prognose sei gut, denn es sei davon auszugehen, dass die strukturelle Störung bereits während der zwölf Berufsjahre mehrheitlich vorhanden gewesen sei und sich seit 2010 im Rahmen der depressiven Störung akzentuiert habe. - Der RAD erklärte am 29. September 2014 (IV-act. 47), in der angestammten, letzten Tätigkeit am B. ___ sei der Versicherte voll arbeitsunfähig wegen der erforderlichen Schichtarbeit. Unter Berücksichtigung von Adaptationskriterien sei er in der zuletzt ausgeübten Arbeit und in den vorher ausgeübten Tätigkeiten (angelernter ___, Reinigung, ___) zu 50 % arbeitsunfähig. Am 11. Dezember 2014 (IV-act. 50) erklärte der RAD, es liege ein andauernder, invalidisierender Gesundheitsschaden vor. Nach knapp zwei Jahren der Arbeitsunfähigkeit und wieder aufgenommenener engmaschiger ambulanter psychiatrischer Behandlung und Psychopharmaka-Therapie sei ab sofort eine Arbeitsfähigkeit von 50 % möglich. Durch langfristige (über mehrere Jahre fortgesetzte regelmässige) Behandlung sei eine Steigerung auf 75 % vorstellbar. Therapieabbrüche seien aber als krankheitsimmanent zu erwarten und könnten nicht geahndet werden. Auflagen seien nicht erfolgversprechend und nicht zumutbar. Das Ambulatorium des Psychiatrischen Zentrums C. ___ (Dr. med. J. ___, Psychiatrie und Psychotherapie) gab in einem IV-Arztbericht vom 13. Mai 2015 (IV-act. 63) an, es lägen beim Versicherten eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome, und kombinierte Persönlichkeitsstörungen vor. Er befinde sich seit dem 6. Februar 2015 in Behandlung. Eine behinderungsangepasste Tätigkeit im geschützten Rahmen sei rein theoretisch zu 20 bis 30 % zumutbar. Zur genauen Quantifizierung der Restarbeitsfähigkeit sei eine Potenzialabklärung zu empfehlen. Die Psychiatrische Klinik E. ___ reichte einen Austrittsbericht vom 19. Januar 2015 (IV-act. 65) über einen Aufenthalt vom 25. November 2014 bis 23. Dezember 2014 ein. Nach Angaben des Versicherten habe seine Krankengeschichte nach der Ehetrennung von 2010 begonnen. Seit 2013 sei die Scheidung rechtskräftig. Er habe nur in Begleitung ein Besuchsrecht bei seinen Kindern. Vom 21. September 2012 bis 26. Oktober 2012 sei er bereits im F. ___ behandelt worden. Es seien eine Anpassungsstörung und eine kombinierte Persönlichkeitsstörung diagnostiziert worden. Nach dem Austritt sei er schnell wieder in eine Depression gerutscht und sei im Ambulatorium und zuletzt bei Dr. I. ___ in Behandlung gewesen. Er habe sich in der Klinik nicht zu einer regelmässigen Teilnahme an der Therapie und der Morgenrunde motivieren lassen. Die erwünschten Wirkungen der medikamentösen Behandlung seien sichtbar geworden. Da der Versicherte Mühe gehabt habe, sich an die Regeln und Strukturen zu halten, und trotz Hinweises keine Verhaltensänderung gezeigt habe, sei er vorzeitig entlassen worden. Die Praktische Ärztin K. ___ gab (anstelle von Dr. G. ___) am 11. Juni 2015 (IV-act. 67) bekannt, der Versicherte sei bei Dr. med. L. ___, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, in regelmässiger Behandlung. 2015 sei er zweimal kurz bei ihr, K. ___ (in der Gruppenpraxis), gewesen. Einen Verlaufsbericht könne sie nicht ausfüllen. - Dr. L. ___ teilte gemäss Aktennotiz (auf IV-act. 67-2) mit, der Versicherte stehe bei ihr nicht in Behandlung. - Am 13. August 2015 (IV-act. 71) liess der Versicherte mitteilen, er sei seit 2014 nicht mehr bei Dr. I. ___ in Behandlung, sondern nur noch im Psychiatrischen Zentrum C. ___. - Dr. J. ___ erklärte am 28. August 2015 (IV-act. 73), der

Versicherte komme alle drei bis vier Wochen zu ihm. Er habe mehrfach die Medikation geändert, aber der Versicherte beklage immer die gleichen Einschränkungen. Dr. I.____ berichtete am 20. November 2015 (IV-act. 85), es bestünden beim Versicherten Angst und Depression gemischt und eine kombinierte Persönlichkeitsstörung. Er habe den Versicherten vom 7. Juni bis ____ 2014 behandelt. Der Versicherte habe die Behandlung wegen Inhaftierung abgebrochen. Er sei vom 30. August bis 31. Oktober 2014 arbeitsunfähig gewesen. In seinem Verlaufsgutachten vom 23. Januar 2016 (IV-act. 98) bezeichnete Dr. H.____ als beim Versicherten vorliegende Diagnosen eine kombinierte Persönlichkeitsstörung (abhängig und narzisstisch), eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichtgradige Episode, und einen Z. n. Alkoholabhängigkeit. In einer adaptierten Tätigkeit (kleine Arbeitsdienste, muttersprachliche Verständigung, psychagogische Führung, kein Schichtbetrieb) liege eine Arbeitsfähigkeit von 75 % vor. Zu 25 % sei die fragliche Motivation zur Veränderung und Selbstverantwortung krankheitsbedingt erklärbar. Die fehlenden Behandlungsanstrengungen könnten aus den Gesundheitsschäden nicht (sc. weitergehend) abgeleitet werden. Es bestehe unter anderem ein willentliches Weigerungsverhalten, weitere Anstrengungen zu Selbstverantwortung, Unterhalt und neuen Lebensperspektiven zu unternehmen. Weitere therapeutische Massnahmen seien kaum zweckmässig. Der Versicherte sei ab sofort in Reinigungstätigkeiten, der bisherigen Tätigkeit oder vergleichbaren Hilfsarbeitertätigkeiten eingliederungsfähig. Hinsichtlich der depressiven Episode habe sich der Gesundheitszustand seit der Vorbegutachtung verbessert. Die im Rahmen der narzisstischen Kränkbarkeit seit 2012 eingetretene rezidivierende depressive Episode habe sich auf ein leichtgradiges Niveau abgeschwächt. Die volle Arbeitsfähigkeit bis September 2012 trotz vorbestehender Persönlichkeitsstörung erkläre sich ausschliesslich mit invaliditätsfremden Faktoren (nämlich mit der Unterstützung durch die geschiedene Ehefrau, die Mutter und die Familie). In der (sc. Fähigkeit zur) Übernahme von Selbstverantwortung und von Elternpflichten sei der Versicherte weiterhin beeinträchtigt. - Das Psychiatrische Zentrum hatte dem Gutachter am 11. Dezember 2015 (IV-act. 96) auf Anfrage (IV-act. 98-32) mitgeteilt, welches die aktuelle Medikation des Versicherten sei. Seit 6. Februar 2015 hätten sechzehn Konsultationen stattgefunden. Eine Medikamentenspiegelbestimmung sei bis anhin nicht erfolgt, weil kein Zweifel an der Compliance des Versicherten bestanden habe. - Die RAD-Ärztin hielt am 17. März 2016 (IV-act. 101) fest, der Versicherte sei in adaptierter Arbeit ab dem Gutachten vom August 2014 zu 50 % arbeitsunfähig gewesen und sei es seit der neuen Begutachtung zu 25 %. Mit Vorbescheid vom 24. März 2016 (IV-act. 104) stellte die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen dem Versicherten die Abweisung eines Rentenanspruchs bei einem Invaliditätsgrad von 26 % (Valideneinkommen 2012 Fr. 66'407.--, Invalideneinkommen Fr. 48'879.--, ohne Abzug) in Aussicht. - Der Versicherte gab am 12. April 2016 (IV-act. 107) als Einwand zu Protokoll, es gehe ihm nicht gut und er müsse Medikamente nehmen. Ohne diese könne er nicht schlafen, damit aber sei er müde. Er sei kraftlos und habe Selbstmordgedanken; Letzteres werde er noch selber schreiben. Als er gesund gewesen sei, habe er selber für sich schauen können und sei nicht vom Sozialamt abhängig gewesen. Es sei nicht so, dass er nicht arbeiten wolle. Er wisse nicht, wie er bei seinem Gesundheitszustand in der Lage sein sollte, einem Erwerb nachzugehen. Er könne nicht einmal für sich selber schauen, könne nicht kochen, waschen, putzen oder duschen. Er müsse aber selber sehen, wie er den Haushalt mache, denn er habe niemand, der sich um ihn kümmere. Ins Freie gehe er nur, wenn er es müsse. In zwei Tagen habe er einen Termin beim Psychiatrischen Zentrum. - In einer

Aktennotiz wurde festgehalten, der Versicherte sei gepflegt am Schalter erschienen (IV-act. 108). - Am 10. Mai 2016 (IV-act. 113) schrieb der Versicherte, seit der ersten Begutachtung vom August 2014 habe sich sein Gesundheitszustand nicht verbessert. Inzwischen sei er weiterhin in psychiatrischer Behandlung gewesen und habe sogar stationär behandelt werden müssen. Er sei stets müde und habe Mühe, morgens aufzustehen. Es könne höchstens von einer Arbeitsfähigkeit von 50 % ausgegangen werden. Ausserdem bestehe sicherlich rückwirkend ein Anspruch auf eine Rente. - Der RAD hielt auf Anfrage an seiner Beurteilung fest (IV-act. 120). - Eine anspruchsabweisende Verfügung vom 7. Juli 2016 (IV-act. 121) wurde auf Beschwerde vom 31. August 2016 (IV-act. 123-2 ff.) hin am 3. Oktober 2016 (IV-act. 134) wegen Verletzung des rechtlichen Gehörs (Verfügungserlass vor Ablauf einer an einen bestellten damaligen Rechtsvertreter gesetzten Frist, vgl. IV-act. 133) widerrufen (Abschreibung des Beschwerdeverfahrens am 26. Oktober 2016, IV-act. 142). In der Beschwerde hatte der damalige Rechtsvertreter des Versicherten unter anderem vorgebracht, dieser leide seit 2010 an psychischen Beschwerden und sei 2012 wegen des Verdachts auf eine akute Psychose im Rahmen einer schweren Depression erstmals stationär in der psychiatrischen Klinik gewesen. Es seien schliesslich (u.a.) Angststörungen diagnostiziert worden. Seither habe der Versicherte im Arbeitsleben nicht mehr Fuss fassen können und befinde sich durchgehend in psychiatrischer Behandlung. Bei der Durchsicht des Gutachtens vom 23. Januar 2016 werde eine deutlich voreingenommene Haltung des schon im August 2014 vorbefassten Gutachters erkennbar. Das Hauptaugenmerk habe dabei offensichtlich darin bestanden, die subjektiven Leidensangaben des Versicherten zu widerlegen und inquisitorisch als Lügengebäude zu enttarnen. Es bestünden ernsthafte sachliche Zweifel an der Ergebnisoffenheit des Gutachtens und die Partizipationsrechte des Versicherten seien (bezüglich Fragenkatalog, Wahl des Gutachters) verletzt worden. Das Gutachten entspreche den rechtsprechungsgemässen Anforderungen nicht. Dem Versicherten würden Aggravationstendenzen unterstellt und psychotische Symptome und Wahnideen würden mit dem kulturellen Hintergrund erklärt. Die durch keine Testung untermauerte Einschätzung, dass sich der Gesundheitszustand verbessert habe, stehe im Widerspruch zu den Tatsachen und dem Krankheitsverlauf. Daher sei auf die Schätzung einer vollen Arbeitsunfähigkeit durch die behandelnden Ärzte abzustellen oder eine Neubegutachtung vorzunehmen. Bis 23. Januar 2016 seien auch Dr. H. ___ und der RAD von einer Arbeitsfähigkeit von 50 % in adaptierter Tätigkeit ausgegangen, weshalb für diese Zeit jedenfalls eine halbe Rente zu gewähren sei. - Am 4. November 2016 (IV-act. 143-4) reichte der damalige Rechtsvertreter unter Hinweis auf einen weiteren stationären Aufenthalt des Versicherten einen Austrittsbericht der Psychiatrischen Klinik E. ___ vom 24. Juni 2016 ein. In diesem Bericht (IV-act. 143-1 bis 3, über einen Aufenthalt vom 10. bis 22. Juni 2016, Austritt auf Wunsch des Versicherten) war erklärt worden, es bestehe beim Versicherten (nebst den Persönlichkeitsstörungen) eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit v.a. psychotische Symptome. Der Versicherte habe über einen psychotisch depressiven Zustand mit imperativen Stimmen, Verfolgungswahn, Ängsten, Antriebs- und Freudlosigkeit berichtet. Während des Verlaufs habe er sich objektiv formal gedanklich geordnet, adäquat und kooperativ gezeigt und habe keine konkreten fassbaren Zeichen von Realitätsverkenntung gezeigt, so dass die psychotische Thematik als Zeichen einer Überforderung (bei ausserdem kulturellem Zusammenhang) interpretiert werde. - Am 2. Februar 2017 (IV-act. 150-3) reichte die Psychiatrische Klinik E. ___ zwei weitere Austrittsberichte ein. In einem Schreiben vom 14. November 2016 (IV-act. 150-1 f.) hatte

sie dem Psychiatrischen Zentrum C.____ mitgeteilt, es lägen beim vom 10. August 2016 bis 10. November 2016 hospitalisiert gewesenen Versicherten kombinierte Persönlichkeitsstörungen (DD paranoide Schizophrenie, Kopf-MRI vom 09.10.2012 und vom 06.09.2016 altersentsprechend normal) und eine Dysthymie vor. Er habe vor allem eine ausgeprägte Antriebsstörung und eine andauernde Dysthymie gezeigt und meist Stimmenhören und ausgeprägtes Gedankenkreisen angegeben, sei sozial zurückgezogen gewesen und habe über Schlafstörungen geklagt. Mit den angesetzten Medikamenten habe die Symptomatik nur teilweise kontrolliert werden können. Einer Tagesstruktur mit Ergotherapie habe er während zweier Stunden pro Tag nachgehen und seit Oktober 2016 wiederholt geordnete Wochenendurlaube zuhause verbringen können. Anfangs November 2016 habe er überraschend erklärt, umgehend nach Hause austreten zu wollen, da er glaube, dort wieder zurechtzukommen. Die dringende Empfehlung, vor Austritt mindestens die Nachbehandlung oder besser eine ambulante Tagesstruktur zu organisieren, habe er abgelehnt und sei gegen ärztlichen Rat ausgetreten. - Im Schreiben vom 27. Januar 2017 (IV-act. 149) war angegeben worden, der Versicherte leide an kombinierten Persönlichkeitsstörungen und einer Dysthymia. Er sei vom 3. bis 27. Januar 2017 hospitalisiert gewesen; am 26. Januar 2017 habe er überraschend gesagt, er wolle umgehend aus der Klinik austreten. - Der RAD befürwortete am 21. März 2017 (IV-act. 151), am Ergebnis des Gutachtens von Dr. H.____ festzuhalten. Die Austrittsberichte, insbesondere der letzte, machten deutlich, dass sich Diagnose und Gesundheitsschaden nicht relevant verändert/verschlechtert hätten. Auf eine zweite Anhörung vom 23. März 2017 (IV-act. 152) hin teilte der damalige Rechtsvertreter des Versicherten am 5. April 2017 (IV-act. 153) mit, dieser habe sich wieder in die Klinik begeben müssen. In einem Austrittsbericht vom 20. April 2017 (IV-act. 158-2 f.) gab die Psychiatrische Klinik E.____ bekannt, der Aufenthalt habe vom 4. bis 20. April 2017 gedauert. Nebst den erwähnten Diagnosen bestehe ein St. n. Delir ca. 06.04.2017 bis 11.04.2017. - In einem IV-Arztbericht vom 22. Juni 2017 (IV-act. 159) erklärte die Psychiatrische Klinik E.____ im Einzelnen, der Versicherte habe sich selbständig in die Kriseninterventionsstation der Klinik begeben, eine stationäre Behandlung gewünscht und angegeben, er fühle sich instabil, sei mit der Alltagsbewältigung zuhause überfordert und leide unter Stimmenhören und suizidalen Ideen. Er sei als psychotisch und selbstgefährdend beurteilt worden und umgehend mit FU-Verfügung auf eine Akutstation überwiesen worden. Bei Eintritt habe er noch einen geordneten Zustand gezeigt, im Verlauf habe sich aber eine zunehmend ausgeprägte delirante Symptomatik mit fluktuierender Unruhe, Desorientierung, ausgeprägten Stimmungsstörungen und ausgeprägter Apraxie gezeigt und der Versicherte habe wiederholt optische und akustische Halluzinationen und Angst angegeben. Es hätten sich erhöhte CRP- und Transaminase-Werte gezeigt, ansonsten ein weitgehend unauffälliges Laborbild und normale Blutdruck- und Pulswerte. Die Ätiologie des deliranten Zustands habe nicht geklärt werden können. Am 20. April 2017 habe der Versicherte wieder nach Hause gehen wollen. Bei Austritt hätten weiterhin eine Leistungseinschränkung in einem breiten Bereich von Funktionen, eine allgemeine Verunsicherung und Ängstlichkeit bestanden. Es sei nicht davon auszugehen, dass der Versicherte in absehbarer Zeit wieder eine Arbeitsfähigkeit entwickeln werde. Das Ambulatorium des Psychiatrischen Zentrums C.____ gab in einem IV-Arztbericht vom 1. September 2017 (IV-act. 162) an, es lägen beim Versicherten eine schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen und eine kombinierte Persönlichkeitsstörung, DD paranoide Schizophrenie, vor. Mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit sei nicht

zu rechnen. Deutlich einschränkend wirkten sich bei der Arbeit psychotische Symptome, eine affektiv reduzierte Stimmungslage und Einschränkungen im Denken aus. Das Auffassungsvermögen sei nicht eingeschränkt, die Belastbarkeit mittel- bis schwergradig, und Konzentrationsvermögen und Anpassungsfähigkeit seien mittelgradig eingeschränkt. Am 29. Dezember 2017 (IV-act. 167) gab die Psychiatrie M.____, Erwachsenenpsychiatrie, Krisenintervention, an, es bestehe beim Versicherten als Hauptdiagnose eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen, daneben lägen eine kombinierte Persönlichkeitsstörung und andere Persönlichkeitsstörungen vor. Der Versicherte habe sich bei erneuter depressiver Exazerbation am 4. Dezember 2017 selbst im Kriseninterventionszentrum vorgestellt. Auslöser sei der Tod eines nahen Verwandten im Oktober gewesen. Die starke soziale Isolation habe sich als Niedergeschlagenheit und hartnäckiges Gedankenkreisen ausgewirkt. Der Versicherte wolle lediglich fünf Tage bleiben, da die Kürzungen von Sozialhilfegeldern bei stationärem Aufenthalt sein Budget stark beeinträchtigten. Bei Eintritt sei er bewusstseinsklar, zu allen Qualitäten orientiert, in Konzentration und Merkfähigkeit unauffällig, im formalen Denken geordnet und kohärent gewesen, affektiv mittelgradig depressiv bei erhalten gebliebener Schwingungsfähigkeit. Psychomotorisch habe er angespannt gewirkt. Er habe von Stimmenhören (Aufforderung zu Suizidhandlungen) und davon berichtet, dass er sich draussen misstrauisch und ängstlich fühle. Der Versicherte habe sich sehr gut in das stationäre Setting integrieren können. Die Tagesstruktur habe sich deutlich depressionsreduzierend ausgewirkt. Bei Austritt ins häusliche Umfeld am 19. Dezember 2017 habe noch eine deutlich verminderte Konzentrations- und Merkfähigkeit bestanden und das formale Denken habe leicht verlangsamt gewirkt. Für Zwänge hätten keine Anhaltspunkte bestanden, weiterhin aber imperative Stimmen, allerdings im Vergleich zum Eintritt vermindert. Der Affekt sei zum depressiven Pol hin verschoben gewesen, der Antrieb deutlich reduziert. Der Versicherte organisiere sich auf eigenen Wunsch einen Folgetermin im Ambulatorium. Am 7. Februar 2018 (IV-act. 168) teilte sein damaliger Rechtsvertreter mit, der Versicherte sei erneut stationär im Kriseninterventionszentrum in Behandlung. - Gemäss Notiz vom 4. April 2018 (IV-act. 170) war der Versicherte dort wieder ausgetreten und befand sich stationär in der Psychiatrischen Klinik E.____. - Im Austrittsbericht (über den Aufenthalt vom 7. Februar 2018 bis 12. April 2018) vom 9. Mai 2018 (IV-act. 176) gab die Abteilung Akutpsychiatrie und Forensik der Psychiatrie M.____ an, es lägen beim Versicherten als Hauptdiagnose kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen mit abhängigen und asthenischen Anteilen vor, daneben eine Dysthymia und Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung. Der Versicherte habe sich selbst gemeldet. Auslöser für eine Verschlechterung des Zustands sei der Tod eines nahen Verwandten und einer Grossmutter gewesen. Dieses Mal wolle er länger in der stationären Behandlung bleiben. Der Versicherte benötige zu seiner Unterstützung auf Dauer eine betreute Wohnsituation. Ohne langfristig angelegte flankierende Massnahmen wie ein betreutes Wohnen, eine Tagesstrukturierung und Erwachsenenschutzmassnahmen seien IV-Massnahmen nicht erfolgversprechend. - Der RAD hielt am 16. August 2018 (IV-act. 177) dafür, überwiegend wahrscheinlich liege derselbe Gesundheitszustand vor wie bei der Begutachtung, hauptsächlich bedingt und anhaltend durch unerfreuliche psychosoziale Umstände und die Anspruchshaltung, vorübergehend verschlechtert durch Todesfälle in der Verwandtschaft. Stimmungsverschlechterungen hätten mit Betreibungen zusammengehungen, Stimmungsaufhellung sei durch Ablenkung gut möglich gewesen. Mit einer dritten

Anhörung (IV-act. 178) eröffnete die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle dem damaligen Rechtsvertreter am 21. August 2018 die neuen Akten. Auf eine Stellungnahme liess der Versicherte verzichten (vgl. IV-act. 179). Mit Verfügung vom 28. August 2018 (IV-act. 180) wies die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen den Anspruch des Versicherten auf eine Rente ab. Der Invaliditätsgrad betrage 26 %. Eine befristete Rente sei nicht geschuldet, wie sich aus Ziff. 7.5 des Gutachtens ergebe. Gegen diese Verfügung richtet sich die Beschwerde vom 12. September 2018. Der Beschwerdeführer beantragt sinngemäss die Zusprache einer Rente. Er sei nicht in der Lage zu arbeiten, und zwar wegen Stimmenhörens, Depression, negativer Gedanken, Schizophrenie usw. Er müsse sehr viele verschiedene Medikamente nehmen, sonst verschlimmere sich die Situation. Er könne sich nicht mehr konzentrieren und sei sehr vergesslich geworden. Es sei nicht so, dass er nicht arbeiten wolle. Er ersuche um Verständnis, denn kein Mensch verstehe ihn und glaube ihm. In der Klinik E.____ (in einem einzelnen Haus) sei festgestellt worden, dass er Schizophrenie habe und nicht eine Persönlichkeitsstörung, wie es die (sc. wohl: übrigen) Ärzte der Psychiatrischen Klinik E.____ meinten. Er wolle erhalten, worauf er ein Recht habe; dafür werde er bis vor Bundesgericht gehen. Es sei ihm eine Fristerstreckung für (wohl: bezüglich) diesen Entscheid der Beschwerdegegnerin zu geben. In ihrer Beschwerdeantwort vom 7. November 2018 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Dem Gutachten von Dr. H.____ komme voller Beweiswert zu. Betreffend die nach dem Gutachten eingegangenen Arztberichte werde auf die Stellungnahmen des RAD vom 21. März 2017 und vom 28. August 2018 hingewiesen, wonach seither keine relevante Verschlechterung eingetreten sei. Weitere Abklärungen seien nicht angezeigt. Am 16. November 2018 ist dem Gesuch um Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege (Befreiung von den Gerichtskosten) entsprochen worden. Mit Eingabe vom 20. November 2018 beantragt Rechtsanwalt lic. iur. M. Bivetti für den Beschwerdeführer die Ansetzung einer Frist zur Beschwerdeergänzung und die Bewilligung der unentgeltlichen Rechtsverteidigung. Der Beschwerdeführer befinde sich seit einigen Jahren in einer schweren psychischen Krise. Aus nicht erfindlichen Gründen sei in der angefochtenen Verfügung aber eine Arbeitsfähigkeit von 75 % angenommen worden, nachdem offenbar früher noch ab August 2014 von einer Arbeitsfähigkeit von 50 % ausgegangen worden sei, die erst innerhalb eines Jahres auf 75 % gesteigert werden könne. Bei einstweilen erst sehr eingeschränkter Aktenkenntnis liege die Vermutung nahe, dass die Festlegung der Erwerbsunfähigkeit des Beschwerdeführers aufgrund einer Prognose aus dem Jahr 2014 erfolgt sei. Das Gutachten sei bald drei Jahre alt und die behandelnde Psychiaterin Dr. med. N.____ sei nicht zur Abgabe eines Berichts eingeladen worden. Am 26. November 2018 ist die Bewilligung der unentgeltlichen Rechtsverteidigung erteilt worden. In einer Replik vom 21. Januar 2019 beantragt der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und dem Beschwerdeführer sei ab Oktober 2013 eine ganze Rente, eventuell eine Dreiviertelsrente, zuzusprechen. Subeventuell sei die Sache zur Vornahme weiterer Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Gemäss dem ursprünglichen Gutachten hätten sich beim Beschwerdeführer aufgrund einer strukturellen Störung in Form der kombinierten Persönlichkeitsstörung und einer rezidivierenden depressiven Störung Funktionseinschränkungen u.a. in der Durchhalte-, Kontakt- und Gruppenfähigkeit gezeigt. Im Rahmen der stationären und nur sehr insuffizienten ambulanten Behandlungen seien die Störungen nicht hinreichend behandelbar und kompensierbar gewesen. Nach knapp zweijähriger Arbeitsunfähigkeit und

wieder aufgenommenen engmaschiger ambulanter Behandlung sei eine Eingliederungsfähigkeit und Teilarbeitsfähigkeit gemäss erstem Gutachten ab sofort wieder möglich gewesen. Der Gutachter habe somit eine volle Arbeitsunfähigkeit ab 2012 und eine solche von 50 % ab dem damaligen Gutachtenszeitpunkt bestätigt. Bis Ende 2014 sei somit selbst aus gutachterlicher Sicht von einem Anspruch auf eine ganze Rente bei voller Erwerbsunfähigkeit auszugehen. Die gutachterliche Angabe einer Erwerbsunfähigkeit von 50 % erweise sich allerdings als widersprüchlich, denn sie sei gemäss dem Gutachten nur unter - nicht als gegeben zu erachtender - Regulierung der Wohn- und Schuldsituation, medizinischer Behandlung, Tagesstrukturierung und Alkoholabstinenz umsetzbar gewesen. Sie habe schon ein Therapieziel enthalten und sei blosses Wunschdenken gewesen. Dasselbe gelte für das erwartete Abklingen der depressiven Störung ein Jahr nach Therapiebeginn bei Dr. I.____. Die vorausgesetzte Realisierung des "Stufenplans" sei nie erfolgt, und zwar insbesondere aufgrund der Einschätzung des RAD. Der Gutachter habe die fehlende Fähigkeit des Beschwerdeführers zur Compliance als krankheitsimmanent bezeichnet. In der Folge sei die Krankheit bzw. die Behandlung des Beschwerdeführers verlaufen wie vom Gutachter vorausgesehen: Die Situation habe trotz diverser stationärer Aufenthalte in psychiatrischen Kliniken nicht verbessert werden können. Am 23. Januar 2016 habe der Gutachter ein Ergänzungsgutachten vorgelegt. Weder das erste noch dieses Gutachten entspreche den Qualitätsleitlinien für psychiatrische Gutachten. Die Haltung des Gutachters gegenüber dem Beschwerdeführer habe sich fundamental geändert. Obwohl er bei der Erstbegutachtung von krankheitsimmanent zu erwartenden Therapieabbrüchen ausgegangen sei, werfe er dem Beschwerdeführer nun vor, sich nicht mitwirkend zu verhalten. Angeblich würden die Behandlungsanstrengungen fehlen. Der Beschwerdeführer sei aber unablässig in psychiatrischer Behandlung gewesen, zwischenzeitlich gar hospitalisiert. Die Berichterstattung durch Dr. J.____ habe der Gutachter in nicht nachvollziehbarer Weise wiederholt als widersprüchlich bezeichnet. Die gutachterlich erwähnte Widersprüchlichkeit betreffend die Bussen und behaupteten Verfahren löse sich als offenkundiges Missverständnis auf, weil nicht ersichtlich sei, wann die sanktionierten Handlungen des Beschwerdeführers erfolgt seien. Ebenso gehe es mit den gutachterlichen Behauptungen zur Medikation; der Beschwerdeführer sei weitgehend lückenlos versorgt worden, nämlich einmalig durch die Hausärzte, bis Ende Oktober 2014 durch Dr. I.____, von Ende November 2014 bis Mitte Dezember 2014 durch die Psychiatrische Klinik E.____ und ab Februar 2015 durch Dr. J.____. Der Gutachter habe sich nicht zu den abweichenden Einschätzungen der eine volle Arbeitsunfähigkeit attestierenden Ärzte geäussert. Ein überwiegender Teil der Arbeitsunfähigkeit solle (gemäss dem zweiten Gutachten) auf invaliditätsfremde Faktoren zurückzuführen sein. Dass lediglich noch eine leichte depressive Symptomatik bestehen solle, sei angesichts der Äusserungen der übrigen Ärzte und des Erstgutachtens nicht nachvollziehbar. Schliesslich werde behauptet, nach langjähriger ausgeschöpfter Behandlungsbereitschaft des Beschwerdeführers ergebe sich eine Arbeitsfähigkeit von 75 %. Die Exploration scheine dem Ziel gedient zu haben, die gewagte Prognose aus dem Jahr 2014 zu bestätigen und den Beschwerdeführer rentenausschliessend gesund zu schreiben. Das Gutachten sei kaum verwertbar, weil der Gutachter den Anschein der Vorbefassung mache und es widersprüchlich sei und keinen Bezug zu den abweichenden Meinungen mache. Aufgrund der zahlreichen Berichte der behandelnden Ärzte und der Diagnosen von Dr. H.____ im ersten Gutachten sei von einem Anspruch auf eine ganze Rente auszugehen. Der Verlauf ab 2016 mit wiederholten Hospitalisationen bestätige dies. In den Berichten, etwa dem Verlaufsbericht vom 22. Juni

2017, habe die Erkenntnis Gewicht gewonnen, dass sich insbesondere die kombinierten Persönlichkeitsstörungen des Beschwerdeführers auf die Erwerbsfähigkeit auswirkten. Er habe sich danach, auch bei der Entlassung, in seiner Leistungsbereitschaft in einem breiten Bereich stark eingeschränkt gezeigt. Bei der letzten Hospitalisation vom 7. Februar bis 12. April 2018 seien die Ärzte zum Schluss gekommen, dass der Beschwerdeführer einer betreuten Wohnsituation bedürfe. Gemäss beigelegtem Arztbericht vom 4. Januar 2019 berichte die behandelnde Dr. N. ___ aktuell von einer vollen Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers. Sollte das Gericht wider Erwarten davon ausgehen, dass die Aktenlage die Zusprache einer ganzen Rente nicht rechtfertige, sei die Sache zur Vornahme weiterer Abklärungen, insbesondere eines den Anforderungen entsprechenden Gutachtens, an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Im Vergleich zum Valideneinkommen von Fr. 68'358.10 bestünde bereits bei einer Erwerbsunfähigkeit (gemeint Erwerbsfähigkeit) von 75 % und einem Leidensabzug von 10 % Anspruch auf eine Viertelsrente (Invalideneinkommen ausgehend von Fr. 60'144.-- berechnet). - Dr. N. ___ hatte in dem Bericht erklärt, der Beschwerdeführer sei wegen wiederholt schwerer Depressionen mit psychotischer Symptomatik auf dem Hintergrund einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit Anteilen aller spezifischen Persönlichkeitsstörungen voll arbeitsunfähig und werde es bleiben. Eine spezifische Persönlichkeitsstörung liege nicht vor, weil die Abweichungen im Erleben und Verhalten nicht schon in der Kindheit, sondern erst nach der Scheidung begonnen hätten. Die Beschwerdegegnerin hat auf die Erstattung einer Duplik verzichtet. - Am 25. März 2019 reicht der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers einen Austrittsbericht der Psychiatrie M. ___, ___, Krisenintervention, vom 15. März 2019 ein. Der Bericht bestätige neben der depressiven Störung mit gegenwärtig schwerer Episode und psychotischen Symptomen eine kombinierte Persönlichkeitsstörung und eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit bei Austritt. - Es war im Bericht festgehalten worden, Dr. N. ___ habe den Beschwerdeführer wegen Zunahme von akustischen Halluzinationen und depressiver Verstimmung zugewiesen. Er habe gewünscht, den Aufenthalt auf eine Woche zu begrenzen. Die Beschwerdegegnerin hält am 9. April 2019 an ihrem Antrag fest. - Am 29. Mai 2020 gibt der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers sein Schreiben vom gleichen Tag an die Beschwerdegegnerin zur Kenntnis. Damit hat er ihr einen Bericht der Psychiatrie M. ___, ___, Psychodiagnostik, vom 19. März 2020 eingereicht mit dem Hinweis, dass beim Beschwerdeführer aus der Sicht von Dr. N. ___ eher eine Depression als eine schizoaffektive Störung vorliege. - Im genannten Bericht vom 19. März 2020 über eine testpsychologische Untersuchung vom 26. Februar 2020 (___) war festgehalten worden, aufgrund des vagen, teils weitschweifigen und formalgedanklich eingengten Antwortverhaltens sei eine valide Beurteilung der angegebenen Symptomatik und der Angaben des Beschwerdeführers deutlich erschwert gewesen. Das Untersuchungsverhalten sei auch durch die herabgesetzte Motivation, den subjektiven Erschöpfungszustand und die leichten Einschränkungen im Sprachverständnis konfundiert worden. Erwägungen Streitgegenstand bildet die Verfügung vom 28. August 2018, mit welcher die Beschwerdegegnerin den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Rente, gestellt mit Anmeldung vom April 2013, bei einem Invaliditätsgrad von 26 % abgewiesen hat. Nach Art. 28 IVG besteht der 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 Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % Anspruch auf eine Viertelsrente. 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, vgl. auch BGE 102 V 165). - Sämtliche psychischen Erkrankungen sind nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung (vgl. BGE 143 V 418 E. 7.1 f.) grundsätzlich (bei Ausnahmen nach dem jeweiligen Beweisbedarf) einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen. Für die Beurteilung des funktionellen Leistungsvermögens sind gemäss BGE 141 V 281 (vom 3. Juni 2015) also in der Regel diverse Standardindikatoren beachtlich, die in zwei Kategorien systematisiert werden, nämlich einerseits in der Kategorie des funktionellen Schweregrads und andererseits in jener der Konsistenz. Schon der Arzt bzw. die medizinisch sachverständige Person hat bei der Einschätzung des Leistungsvermögens den in der Judikatur umschriebenen einschlägigen Indikatoren zu folgen (vgl. BGE 141 V 281 E. 5.2.2). Soweit die festgestellte Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht oder unter dem Einfluss der Folgen der Erzielung eines sekundären Krankheitsgewinns steht (der rechtlich grundsätzlich unbeachtlich zu bleiben hat, vgl. BGE 130 V 352), liegt nach der Rechtsprechung regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor. Hinweise darauf ergeben sich (im Zusammenhang mit einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung entwickelt) namentlich, wenn: eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht; intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt; keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird; demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken; schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist (BGE 141 V 281 E. 2.2). Die funktionellen Folgen von Gesundheitsschädigungen werden auch mit Blick auf psychosoziale und soziokulturelle Belastungsfaktoren abgeschätzt, welche den Wirkungsgrad der Folgen einer Gesundheitsschädigung beeinflussen. Soweit diese Belastungsfaktoren direkt negative funktionelle Folgen zeitigen, bleiben sie ausser Acht. Hingegen können sie mittelbar zur Invalidität beitragen, wenn und soweit sie zu einer ausgewiesenen Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit als solcher mit Einschränkung der Arbeitsfähigkeit geführt haben, wenn sie also einen verselbständigten Gesundheitsschaden aufrechterhalten oder den Wirkungsgrad seiner - unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden - Folgen verschlimmern (vgl. Bundesgerichtsurteil vom 20. Januar 2020, 8C_559/2019 E. 3.2). Eine durch belastende Lebensumstände begründete fachärztliche Diagnose genügt nach der Rechtsprechung für einen Leistungsanspruch für sich allein noch nicht, sondern es ist eine krankheitswertige, d.h. von den reaktiven, invaliditätsfremden Geschehen bei psychosozialen Belastungsfaktoren abgrenzbare psychische Störung vorausgesetzt, die sich auf die Arbeitsfähigkeit der versicherten Person auswirkt (vgl. Bundesgerichtsurteil vom 22. August 2018, 9C_262/2018 E. 4.2.1). Es ist also eine Abgrenzung zu reaktivem, invaliditätsfremdem Geschehen aufgrund von psychosozialen Belastungen erforderlich (so bezüglich depressiver Leiden BGE 143 V 409 E. 4.5.2). Der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers sind im vorliegend zu beurteilenden Zeitraum zweimal psychiatrisch begutachtet worden. Zunächst kann festgehalten werden, dass die Gutachten je auf einer Kenntnis der Aktenlage basieren. Das erste Gutachten berücksichtigte zudem die Resultate einer Labordiagnostik und einer beigezogenen Persönlichkeitsdiagnostik mit vier Tests (___) sowie Angaben des behandelnden Psychiaters. Der Gutachter erhob bei der Exploration die Angaben des Beschwerdeführers

zu seinem Leiden und die übrige Anamnese unter differenzierten Aspekten und ergänzte selbst die Tests anhand der ___skala und des ____. - Bei der Verlaufsbeurteilung erfragte der Gutachter insbesondere die Angaben zur Entwicklung des Sachverhalts und berücksichtigte neuere Laborergebnisse. - In beiden Gutachten erhob und würdigte er die objektiven Befunde in Form des psychopathologischen Status und des Verhaltens des Beschwerdeführers. Der Gutachter begründete seine diagnostische Beurteilung und setzte sich sowohl mit den Funktionseinschränkungen wie den Ressourcen des Beschwerdeführers und auch mit der Frage von Inkonsistenzen und Widersprüchen auseinander. - Die Gutachten erscheinen insofern als vollständig. - Ein Indiz, das einen Anschein mangelnder Unbefangenheit zeigen würde, lässt sich nicht finden. Die Vorbefassung in einem ersten Gutachten ist bei einer Verlaufsbeurteilung sachgerecht. Was im Einzelnen das Verlaufsgutachten vom 23. Januar 2016 und dort die Diagnosen und ihre Begründung anhand der Befunde betrifft, stellte der Gutachter beim Beschwerdeführer eine kombinierte Persönlichkeitsstörung (abhängig und narzisstisch), eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichtgradige Episode, und einen Z. n. Alkoholabhängigkeit fest (vgl. IV-act. 98-16). - Beim Befund legte er dar, der Beschwerdeführer habe im Verhalten eher teilnahms- und interesselos gewirkt (vgl. IV-act. 98-15). Hinsichtlich Aufmerksamkeit und Gedächtnis hätten geringfügige Einschränkungen bestanden, im formalen Denken sei der Beschwerdeführer leicht verlangsamt und umständlich gewesen. Ideenflucht, Gedankenabrisse und Inkohärenz habe es nicht gegeben (vgl. IV-act. 98-15). Im inhaltlichen Denken habe es kulturspezifische magische Vorstellungen gegeben. Im Affekt sei der Beschwerdeführer eher verarmt, teilweise klagsam gewesen, im Antrieb leicht vermindert (vgl. IV-act. 98-15). - Der Gutachter begründete, es hätten ein gekränkt passives Verweigerungsverhalten und deutliche Merkmale von abhängig unreifen Einstellungen bestanden. In Antrieb und Affekt hätten sich psychopathologisch leichte Einschränkungen finden lassen (vgl. IV-act. 98-17). Als Hinweise auf eine Depression seien eine Mut- und Freudlosigkeit, ein Interesseverlust, ein vermehrter Schlaf und die Aufgabe der Berufstätigkeit objektivierbar, jedoch weniger ausgeprägt als bei der Vorbeurteilung (vgl. IV-act. 98-18). Dass der Beschwerdeführer seit Dezember 2014 keinen Alkohol mehr getrunken habe und auch sonst keine Drogen nehme, sei entsprechend den Laborergebnissen glaubwürdig (vgl. IV-act. 98-18). Der Gutachter hat bei seiner Verlaufsbeurteilung (wie bei der ersten Beurteilung) Ausführungen zur weiteren erforderlichen Objektivierung des psychischen Leidens des Beschwerdeführers anhand der Standardindikatoren gemacht, (nebst den erwähnten Aspekten der Persönlichkeit) namentlich zum Vergleich mit alltäglichen Tagesaktivitäten, zur Behandlung, zu IV-fremden Faktoren, zu Inkonsistenzen und zur Motivation bzw. Compliance des Beschwerdeführers. Zum Tagesablauf hatte der Beschwerdeführer dem Experten angegeben, er mache den ganzen Tag nichts, gehe wenig hinaus, gehe selbst einkaufen, schlafe viel (vgl. IV-act. 98-11). Er verbringe den ganzen Tag zuhause, lese, schaue drei bis vier Stunden täglich Sendungen am Computer, telefoniere selten, benutze regelmässig Bus und Zug (vgl. IV-act. 98-13). Der Gutachter bezeichnete diese Tagesablauf-Darstellung als sehr pauschal-unrealistisch und wenig plausibel (vgl. IV-act. 98-14). Gemäss dem Gutachten hatte der Beschwerdeführer angegeben, keinen Kollegenkreis zu haben. Bei hartnäckigem Nachfragen habe er doch Kontakte zu Kollegen eingeräumt, ebenso solche zum Vater (vgl. IV-act. 98-16). Er habe auch berichtet, seit langem wöchentlich telefonisch Kontakt zu einem Verwandten zu haben (vgl. IV-act. 98-18). Der Gutachter hielt dafür, hinsichtlich telefonischer Kontakte und der Beschäftigung mit dem Internet sei der

Beschwerdeführer offenbar nicht eingeschränkt (vgl. IV-act. 98-19). Das Kontaktverhalten sei mit dem vorgegebenen Zustandsbild nicht vereinbar (vgl. IV-act. 98-18 f.). Die Angaben des Beschwerdeführers zum sozialen Rückzug, dem Autofahren, den Einkäufen, der Antriebsminderung und der Stimmungsstörung seien ohne Aussenanamnese nicht objektivierbar (vgl. IV-act. 98-18). Ein Leidensdruck fehle (vgl. IV-act. 98-13). Der Experte legte ferner dar, der Beschwerdeführer habe angegeben, weiterhin bei der Ärztin K.____ in Behandlung zu stehen; nach deren Angaben sei das aber letztmals im April 2015 der Fall gewesen (vgl. IV-act. 98-13). Eine antidepressive Medikation bestehe seit März 2015 nicht mehr nachweislich (vgl. IV-act. 98-17, -13; Venlafaxin). Die Angaben des Beschwerdeführers zum Funktionsniveau betreffend Antrieb seien zwiespältig gewesen (vgl. IV-act. 98-12). Er habe anamnestisch und aktuell von Stimmenhören berichtet. Er habe sich aber nicht entsprechend verhalten. Angstkorrelate oder psychomotorische Reaktionen seien nicht ablesbar gewesen (vgl. IV-act. 98-15, vgl. auch IV-act. 98-18). Der Gutachter stellte fest, es gebe zahlreiche Aggravierungshinweise (vgl. IV-act. 98-19). - Er hielt ausserdem dafür, es bestünden erhebliche invaliditätsfremde Faktoren (vgl. IV-act. 98-19 f.; u.a. die Schuldensituation, die Trennung, kulturspezifisches Verhalten). - Die Darlegungen erscheinen begründet. Aufgrund der Verlaufsbeurteilung schloss der Gutachter zudem, es bestehe ein willentliches Weigerungsverhalten des Beschwerdeführers, nach entsprechender Zurückweisung durch Familie und ____ weitere Anstrengungen Richtung Selbstverantwortung, Unterhalt und neuer Lebensperspektiven zu übernehmen (vgl. IV-act. 98-19). Er begründete, in den Berichten werde eine willentliche Behandlungsincompliance beschrieben; auch im Bericht über den Aufenthalt in der Psychiatrischen Klinik E.____ vom November 2014 sei dokumentiert, dass keine Compliance vorhanden gewesen sei (vgl. IV-act. 98-18). - In den Akten aus der Zeit zwischen den Gutachten und im Verlaufsgutachten sind - wenn auch etwa nicht im schriftlichen Bericht der Ärztin K.____ - jedenfalls diverse Hinweise auf eine fragliche und allenfalls willentlich mangelhafte Mitwirkung des Beschwerdeführers zu finden: Dr. I.____ beschrieb eine fragliche Compliance bei der Behandlung (und einen Behandlungsabbruch durch den Beschwerdeführer wegen Inhaftierung, vgl. IV-act. 85). Der Beschwerdeführer selber berichtete im jüngeren Gutachten, er sei mit jenem Psychiater nicht zufrieden gewesen, denn dieser habe ihn wegen seines Verhaltens gerügt und mit ihm gestritten (vgl. IV-act. 98-14). Das Ambulatorium des Psychiatrischen Zentrums C.____ gab am 28. August 2015 (IV-act. 73) an, es bestehe der Eindruck, dass die ambulante Behandlung (alle drei bis vier Wochen) des Beschwerdeführers nichts bringe. Der (berichtende) Arzt habe schon mehrfach die Medikamentenabgabe geändert, doch der Beschwerdeführer beklage immer die gleichen Einschränkungen. Er halte dafür, der Beschwerdeführer wolle gar nichts anderes und mache bei der Behandlung auch nicht wirklich mit. Es sei sehr zu empfehlen, ein Belastbarkeitstraining zu machen. Aus dem Austrittsbericht der Psychiatrischen Klinik E.____ vom 19. Januar 2015 (IV-act. 65) wird des Weiteren ersichtlich, dass der Beschwerdeführer sich nicht zu einer regelmässigen Teilnahme an der Therapie habe bewegen lassen und vorzeitig entlassen worden sei, weil er Mühe gehabt habe, sich an die Regeln und Strukturen zu halten, und trotz Hinweises keine Verhaltensänderung gezeigt habe. Diese ärztlicherseits gezogene Konsequenz lässt darauf schliessen, dass angenommen worden war, der Beschwerdeführer hätte die entsprechende Fähigkeit aufgewiesen. - Auch diese Ausführungen sind somit nachvollziehbar. In der Folge wurde im Verlaufsgutachten die fehlende Kooperationsbereitschaft als nicht durch die Grunderkrankung erklärbar (vgl. IV-act. 98-19) bzw. wurde die fragliche Motivation als nur begrenzt - aber immerhin - zu

25 % durch die krankheitsbedingten Faktoren (der Persönlichkeitsstörung) erklärbar bezeichnet (vgl. IV-act. 98-20). Zum überwiegenden Teil, nämlich zu 75 %, sei die beklagte Arbeitsunfähigkeit auf invaliditätsfremde Faktoren zurückzuführen (vgl. IV-act. 98-20). Diese gutachterliche Würdigung vom 23. Januar 2016 mit der Arbeitsunfähigkeitsschätzung von 25 % ist (mit den Diagnosen und Funktionseinschränkungen wie mittelgradig verminderter Durchhaltefähigkeit, verminderter Selbstbehauptung sowie Minderung der Fähigkeit zu ___ Beziehungen und zu ausserberuflichen Aktivitäten, vgl. IV-act. 98-18) nach dem oben Dargelegten insgesamt nachvollziehbar begründet und damit stichhaltig. Im ersten Gutachten vom 15. August 2014 war der Gutachter diagnostisch zur Beurteilung des Vorliegens einer kombinierten Persönlichkeitsstörung (abhängig, narzisstisch, paranoid), von mittelgradig depressiven Episoden bei rezidivierender depressiver Störung, und eines schädlichen Gebrauchs von Alkohol gelangt. - Als Befund hatte der Gutachter beschrieben, der Beschwerdeführer habe ausgesprochen müde, träge und unmotiviert gewirkt. Während der dreistündigen Untersuchungsdauer habe er keine schweren Konzentrationseinschränkungen aufgewiesen (vgl. IV-act. 41-12). Leicht- bis mittelgradige Konzentrationsstörungen sowie Merkfähigkeitsstörungen seien anhand der Untersuchung nachvollziehbar (vgl. IV-act. 41-12). In Aufmerksamkeit und Gedächtnis hätten keine erheblichen Beeinträchtigungen bestanden (vgl. IV-act. 41-12). Im formalen Denken hätten ausgeprägte Umständlichkeit, mässige Verlangsamung, Einengung und deutliche Grübelsucht bestanden, inhaltlich starke Einengung auf Trennungssituation und Kontaktabbruch zur Familie. In diesem Rahmen hätten u.a. erhebliches Misstrauen, paranoide Beeinflussung und Vergiftungs-, Beziehungs-, Verfolgungs- und Schuldideen vorgelegen (vgl. IV-act. 41-12). Der Beschwerdeführer sei affektarm gewesen, perspektiven- und hoffnungslos, stark vermeidend, latent dysphorisch, sehr klagsam mit vermindertem Selbstwertgefühl, psychomotorisch antriebsarm (vgl. IV-act. 41-12). Es hätten ein ausgeprägter sozialer Rückzug und stark projektives Denken vorgelegen (vgl. IV-act. 41-12). - Der Gutachter hatte die Diagnosen dementsprechend so begründet, dass deutliche Hinweise auf abhängig unreife Persönlichkeitsstrukturen mit kindlich unselbständigem, vermeidendem Verhalten, deutlich projektivem und häufig paranoidem (auch kulturspezifisch begünstigtem) Denken bestünden. Es finde sich eine starke Selbstwertproblematik mit Schuldideen, Kränkbarkeit und aggressiv beschuldigendem Verhalten. Narzisstische Persönlichkeitsstrukturen seien im Rahmen der hohen "Ansprüchlichkeit" hinlänglich ausgewiesen (vgl. IV-act. 41-15). Die Leistungs- und Motivationsdefizite im Rahmen der defizitären Persönlichkeitsstruktur hätten sich bereits in Schule und Lehre gezeigt und früh zu Stellenverlusten durch Lehrabbruch bzw. Kündigungen im Rahmen von Absenzen geführt (vgl. IV-act. 41-17). Im Rahmen der vorbestehenden persönlichkeitsstrukturellen Defizite und Unreife sei unter der aktuellen Belastungssituation mit der Trennung und dem Zerwürfnis mit der gesamten Familie seit Mai 2010 einschleichend eine mittelgradige depressive Episode mit wechselndem Verlauf eingetreten. Der Beschwerdeführer zeige deutlich eine Vitaltriebstörung und eine Beeinträchtigung von Affekt und Antrieb (vgl. IV-act. 41-16). Ein schädlicher Gebrauch von Alkohol in den letzten zwei Wochen könne mit Sicherheit nachgewiesen werden, obwohl die Transaminasen normal seien (vgl. IV-act. 41-13). Im Verlaufsgutachten 2016 hielt der Gutachter fest, bezüglich der depressiven Störung habe sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im Zeitablauf seit der ersten Begutachtung verbessert (vgl. IV-act. 98-20). Er ging von einer weniger ausgeprägten depressiven

Symptomatik aus (vgl. IV-act. 98-18). Bei der Erstbegutachtung 2014 hatte der Gutachter wie erwähnt mittelgradige depressive Episoden bei rezidivierend depressiver Störung diagnostiziert (vgl. IV-act. 41-13). Schon bei der Erstbegutachtung hatte er allerdings in der ___skala für sich allein genommen lediglich einen Hinweis auf eine leichtgradige Depression gefunden (vgl. IV-act. 41-12). Zudem hatte sich bei der ersten Begutachtung auch gezeigt, dass die Selbsteinschätzung des Beschwerdeführers hinsichtlich der Depressivität weit von einer objektivierten Beurteilung abwich, hatte der Gutachter doch berichtet, gemäss der Selbstbeurteilung im ___ sei der Beschwerdeführer in der Selbsteinschätzung schwer depressiv gewesen (vgl. IV-act. 41-12). Bei der Objektivierung hatte der Experte damals ausserdem festgestellt, die Angaben des Beschwerdeführers zu den aktuell vorhandenen (Alkohol-) Trinkmengen seien wohl nicht zutreffend (diesbezüglich hatte er auf den __[_ Test] hingewiesen, vgl. IV-act. 41-16, dazu E. 6.1.8); der Beschwerdeführer dissimuliere diesbezüglich (vgl. IV-act. 41-18). Dass der Beschwerdeführer über die psychiatrische Erkrankung und Berentung des Vaters seit 2000, wie er angegeben habe, nicht Bescheid wisse, hatte der Gutachter für wenig wahrscheinlich gehalten (vgl. IV-act. 41-17). Der Beschwerdeführer habe ihm weiter erklärt, zu den jüngeren beiden Kindern jedes zweite Wochenende Kontakt zu haben, keinen Kontakt aber zur Mutter oder zu Kollegen, sondern nur noch zu einem Verwandten. Er gehe wenig aus der Wohnung und könne auch nicht einkaufen gehen, weil er kein Geld habe (vgl. IV-act. 41-10). Der Gutachter hatte den damit angegebenen sozialen Rückzug damals als nachvollziehbar bezeichnet, wenn er auch - wie damals bereits festgestellt wurde - ohne Observation nicht zweifelsfrei objektivierbar (abendlicher Ausgang? Alkoholkonsum?) sei (vgl. IV-act. 41-16). Der Beschwerdeführer beschrieb während des gesamten Verlaufs immer wieder psychotische Symptome, während jedoch im Verlaufsgutachten festgehalten wurde, er habe über Stimmenhören geklagt, sich aber nicht entsprechend verhalten (vgl. IV-act. 98-15, vgl. auch IV-act. 98-18). Auch in einem Austrittsbericht der behandelnden Psychiatrischen Klinik E. ___ vom 24. Juni 2016 (IV-act. 143-1 bis 3) war nach einem stationären Aufenthalt des Beschwerdeführers erklärt worden, dieser habe über einen psychotisch depressiven Zustand mit u.a. imperativen Stimmen berichtet, habe aber keine konkreten fassbaren Zeichen von Realitätsverkenntung gezeigt, so dass die psychotische Thematik als Zeichen einer Überforderung (bei ausserdem kulturellem Zusammenhang) interpretiert werde. Die je gemachten Angaben des Beschwerdeführers zum Tagesablauf (vgl. IV-act. 41-10 und IV-act. 98-13; E. 4.3 und 6.1.3) erscheinen im Übrigen ähnlich. Wie am 28. August 2015 von behandelnder ärztlicher Stelle berichtet worden war, beklagte der Beschwerdeführer zudem damals trotz mehrfacher Änderung der Medikation stets die gleichen Einschränkungen, was gewisse Zweifel an diesen aufkommen lässt. Bei dieser ersten Begutachtung hatte der Beschwerdeführer zudem als Wünsche angegeben, geordnete Finanzen und eine Wohnung zu haben und den Kontakt zu seinen Kindern zu verbessern. Dann würde es ihm wieder leichter fallen, gesund zu werden (vgl. IV-act. 41-9). - Im Gutachten war diesbezüglich entsprechend festgehalten worden, bei (Depressionsbehandlung und) Bewältigung der psychosozialen Belastungsfaktoren sei grundsätzlich von einer Rückbildung und guten Prognose auszugehen (vgl. IV-act. 41-20). Die entsprechenden Faktoren wurden indessen nicht ausgeschieden, sondern bei der Umschreibung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit als Voraussetzung für deren Umsetzung bezeichnet (vgl. IV-act. 41-18). Schon bei der ersten Begutachtung hatte sich im Weiteren in der Persönlichkeitsdiagnostik des Beschwerdeführers in einem Validierungstest (___) ein Hinweis auf eine willentliche Verschlechterung der Ergebnisse gezeigt. Der Gutachter hatte

damals festgehalten, die klinisch erhobene Diagnose einer Persönlichkeitsstörung werde aber durch den beigelegten Befund bestätigt. Auch wenn der ___ positiv sei - ein geringer Konsistenzscore deute auf willentliche Verschlechterung der Ergebnisse hin -, sei die Aggravierungstendenz keinesfalls ausreichend, die Persönlichkeitspathologie überwiegend vorzutauschen (vgl. IV-act. 41-13). Insgesamt zeigen sich verschiedene Anhaltspunkte für einen im Zeitablauf nicht relevant veränderten Sachverhalt. Die genannte Feststellung des Experten der Psychiatrie im ersten Gutachten, dass die Aggravationstendenz nicht habe bewirken können, die Persönlichkeitspathologie des Beschwerdeführers überwiegend vorzutauschen (vgl. IV-act. 41-13), erscheint in diagnostischer Hinsicht überzeugend, wurde die betreffende Störung doch auch aufgrund der Verlaufsbeurteilung (und im Übrigen auch durch die Berichte der behandelnden Ärzteschaft) bestätigt. Im Verlaufsgutachten begründete der Gutachter der Psychiatrie, dass die fehlenden Behandlungsanstrengungen des Beschwerdeführers nicht aus der Persönlichkeitsstörung und der - nunmehr lediglich noch als leicht betrachteten - depressiven Störung abgeleitet werden könnten, zumal die Persönlichkeitsstörung schon während der zwölf Berufsjahre des Beschwerdeführers vorhanden gewesen sei (vgl. IV-act. 98-19). Angesichts des vollen Aktivitätensniveaus vor Eintritt der Gesundheitsschädigung bis 2010 könne bei vorbestehender Persönlichkeitsstörung zurzeit keine Einschränkung der Eingliederung angenommen werden (vgl. IV-act. 98-19). Das erscheint nachvollziehbar, stand der Beschwerdeführer doch von 2006 bis September 2012, somit während gut sechs Jahren, in einer Anstellung am B.____. Im ersten Gutachten hatte der Experte den Beschwerdeführer in bisheriger Tätigkeit bereits ab sofort als - unter Regulierung der Wohn- und Schuldensituation und integriert psychiatrisch psychotherapeutischer und medikamentöser Behandlung sowie verbesserter Tagesstrukturierung sowie Alkoholabstinenz - zu 50 % arbeitsfähig betrachtet (vgl. IV-act. 41-18). Gleichzeitig war festgehalten worden, angepasste Tätigkeiten seien dem Beschwerdeführer zeitlich zu 75 bis 100 % zumutbar (vgl. IV-act. 41-19, Ziff. 8.2.3 f.) und die geschätzte Gesamtarbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers für eine adaptierte Tätigkeit liege aus medizinischer Sicht bei 75 % (vgl. IV-act. 41-19, Ziff. 8.2.5). Der Beginn dieser angenommenen Arbeitsfähigkeit von 75 % war indessen auf einen Zeitpunkt in der Zukunft, nämlich jenem nach einer einjährigen Behandlung, aufgeschoben worden. Das erscheint angesichts der für die bisherige Tätigkeit sofort attestierten Arbeitsunfähigkeit von 50 % nicht ohne weiteres erklärlich. Im ersten Gutachten vom 15. August 2014 hatte der Experte der Psychiatrie jedoch auch festgehalten, dass bei der zeitlichen Arbeitsfähigkeit für 75 bis 100 % abhängig von wiederkehrenden depressiven Episoden und für die ersten beiden Jahre (sc. ab September 2012) noch eine verminderte Leistungsfähigkeit bestehe (vgl. IV-act. 41-19, Ziff. 8.2.3 f.). Er hatte dem Beschwerdeführer rückblickend eine volle Arbeitsunfähigkeit für zwei Jahre ab September 2012 (vgl. IV-act. 41-18, Ziff. 7.5) attestiert und dies mit dem Zusammenfallen (der Persönlichkeitsstörung) mit den mittelgradig depressiven Episoden begründet. - Dieser Einschätzung, es habe retrospektiv eine volle Arbeitsunfähigkeit für die Dauer von zwei Jahren (vgl. IV-act. 41-18) ab September 2012 bestanden (und die oben erwähnte festgestellte Arbeitsfähigkeit von 75 % werde erst ab Juni 2015 erreicht werden), kann indessen nicht gefolgt werden. Denn selbst im Bericht von behandelnder Stelle vom 14. November 2012 (vgl. IV-act. 10-3 ff.) war festgehalten worden, während man beim Beschwerdeführer zunächst von (einem psychotischen Geschehen am ehesten im Rahmen) einer schweren Depression ausgegangen sei, habe das ___ nicht auf eine klinisch relevante Depression hingedeutet - und auch auf eine stattgehabte oder aktuelle Psychose habe sich

aus der Testung kein hinreichender Hinweis ergeben. Da die Beurteilung einer zunächst mittelschweren (vgl. E. 6.1.1 ff. und E. 7.4) und nun leichten depressiven Episode nach dem oben Dargelegten rückblickend keine für die Arbeitsfähigkeit relevante Veränderung auszuweisen vermag, ist dem Verlaufsgutachten Beweiswert auch für die zurückliegende Zeit zuzumessen und rechtfertigt es sich, auch für die Zeit der ersten Begutachtung von einer unveränderten Arbeitsunfähigkeit von 25 % auszugehen. Denn da der Gutachter erwähnte, inwieweit die Arbeitsfähigkeit von 75 % trotz der vorhandenen strukturellen Grunddefizite der Persönlichkeitsstörung noch auf 100 % gesteigert werden könne, sei abhängig vom Therapieverlauf und der Anpassungsfähigkeit der Arbeitsumgebung (vgl. IV-act. 41-19), kann zum einen angenommen werden, die Arbeitsunfähigkeit von 25 % sei der Persönlichkeitsstörung als solcher zugeschrieben worden. Retrospektiv ist aufgrund der Erkenntnisse des stichhaltigen Verlaufsgutachtens zum ändern anzunehmen, dass ehemals den schon bei der Erstbegutachtung vorgefundenen Inkonsistenzen, dem Vergleich zu den Tagesaktivitäten und den psychosozialen Faktoren sowie dem Einfluss der - nunmehr als nicht krankheitsimmanent mangelhaft zu würdigenden - Motivation noch weniger Bedeutung zugemessen wurde, als es gemäss der Verlaufsbegutachtung angesichts der Aktenlage erforderlich erscheint. Einschränkungen, die im ersten Gutachten, aber nicht mehr im Verlaufsgutachten erwähnt wurden, wie die leichte Beeinträchtigung in der Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit (vgl. IV-act. 41-17) oder die mittel- und leichtgradigen Funktionsbeeinträchtigungen in der Anpassung an Regeln und Routineabläufe (vgl. IV-act. 41-16), erscheinen rückblickend überwiegend wahrscheinlich bereits massgeblich durch invaliditätsfremde Faktoren und mangelnde Motivation begründet gewesen zu sein. - Dass der Experte die festgestellte Arbeitsfähigkeit von 75 % für adaptierte Tätigkeiten im ersten Gutachten erst nach einer einjährigen Behandlung als zumutbar bezeichnete (vgl. IV-act. 41-19, Ziff. 8.3.1), weil erst innerhalb eines Jahres mit dem Abklingen der - damals wie erwähnt als mittelgradige depressive Episode bezeichneten rezidivierenden - depressiven Störung zu rechnen sei (vgl. IV-act. 41-19; unter Umständen mit allfälliger Steigerungsmöglichkeit bis 100 %), erscheint nach dem Dargelegten zusammenfassend nicht stichhaltig. Hieran ändert nichts, dass anhand der Aktenlage aus der Zeit nach den Begutachtungen ersichtlich wird, dass der Beschwerdeführer sich im Anschluss an die gutachterliche Feststellung seiner mangelnden Behandlungsbereitschaft wiederholt selbst in psychiatrische Behandlung begab (vgl. IV-act. 143-2, IV-act. 159-2, IV-act. 167-1, IV-act. 176-2). Er brach die Behandlungen mehrfach von sich aus, teilweise überraschend und teilweise gegen ärztlichen Rat, wieder ab (vgl. IV-act. 143-2, IV-act. 150-2, IV-act. 149-2). Einmal erklärte er dabei schon im Voraus, lediglich für eine begrenzte Zeit von fünf Tagen in Behandlung bleiben zu wollen (vgl. IV-act. 167-1), was sich kaum mit der damals beklagten schweren Episode depressiver Störung verträgt. Ein andermal gab er an, er wolle diesmal länger in stationärer Behandlung bleiben (vgl. IV-act. 176-2). Diese Umstände sprechen gegen einen erheblichen Leidensdruck. Ausserdem ist dem Bericht von behandelnder Stelle vom 9. Mai 2018 zu entnehmen, dass bei Austritt keine schwerwiegenden Beeinträchtigungen vorlagen, waren doch etwa die Gedächtnisfunktionen samt Konzentrations- und Merkfähigkeit unauffällig und das Denken geordnet und kohärent und war der Beschwerdeführer affektiv situationsadäquat, bei nicht befriedigend geregelten sozialen Verhältnissen aber rezidivierend verstimmt mit allerdings affektiver Modulationsfähigkeit und möglicher Ablenkung (vgl. IV-act. 176-8). Die geklagten Beschwerden des Beschwerdeführers (vgl. IV-act. 176-2 f.) erscheinen dabei nicht relevant anders als früher. Der Umstand, dass gemäss diesem Bericht eine betreute Wohnsituation

befürwortet wurde (IV-act. 176-8), ist nach dem Dargelegten mit überwiegender Wahrscheinlichkeit weniger als invaliditätsbedingt als vielmehr als psychosozial bedingt bzw. invaliditätsfremd zu betrachten. Auf einen auch bis zum Verfügungszeitpunkt weiterdauernden erheblichen Einfluss der psychosozialen Lage des Beschwerdeführers deutet ein Anhaltspunkt aus dem Bericht vom 19. März 2020 - somit allerdings lange nach dem vorliegend zu beurteilenden Zeitraum - über die testpsychologische Untersuchung hin. Danach erklärte der Beschwerdeführer damals, er sei wütend, weil er von den Ärzten als zu 50 % und bis gar zu 75 % arbeitsfähig eingestuft werde und alle anderen eine IV-Ergänzungsleistung erhalten würden. Das Antwortverhalten war zudem als vage und die Motivation als herabgesetzt bezeichnet worden. Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht von einer längerdauernden, 25 % übersteigenden Arbeitsunfähigkeit auszugehen ist. Nach Art. 16 ATSG (vgl. Art. 28a Abs. 1 IVG) wird für die Bestimmung des Invaliditätsgrads das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Rechtsprechungsgemäss ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdienen würde. Da die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden erfahrungsgemäss fortgesetzt wird, ist in der Regel vom letzten Lohn auszugehen, der vor Eintritt der Gesundheitsschädigung erzielt wurde (vgl. Bundesgerichtsurteil vom 16. Juli 2019, 9C_247/2019 E. 4.2.1, BGE 129 V 222). Im Jahr vor Eintritt der gesundheitlich bedingten Arbeitsunfähigkeit, 2011, hatte der Beschwerdeführer gemäss IK-Auszug ein Einkommen von Fr. 66'878.-- verdient (IV-act. 5; im Jahr 2012 im Übrigen Fr. 66'407.--). Dieser Betrag kann als Valideneinkommen angenommen werden, da es keinen Hinweis darauf gibt, dass das Arbeitsverhältnis ohne die Arbeitsunfähigkeit nicht hätte beibehalten werden können. Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist nach der Rechtsprechung primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Übt sie keine Erwerbstätigkeit mehr aus, sind hierfür statistische Werte beizuziehen (vgl. BGE 129 V 472 E. 4.2.1, vgl. etwa auch Bundesgerichtsurteil vom 28. August 2019, 8C_352/2019 E. 3). Nach Eintritt der invaliditätsbedingten Arbeitsunfähigkeit (von 25 %) hat der Beschwerdeführer keine Arbeitsstelle mehr angetreten. Der Gutachter berichtete von einer Eingliederungsfähigkeit des Beschwerdeführers für Reinigungstätigkeiten oder die Tätigkeit in der ___ und in vergleichbaren Hilfsarbeitertätigkeiten (vgl. IV-act. 98-20 Ziff. 8.3). Die attestierte Arbeitsunfähigkeit bezieht sich demnach auch auf die bisherige Arbeit, so dass ein Einkommen zu erwarten ist, das in etwa dem Ausmass der verbleibenden Arbeitsfähigkeit von 75 % entspricht. - Orientierte sich die Bemessung seines Invalideneinkommens zum Vergleich aber an den statistischen Durchschnittseinkommen, liegt das zutreffende Einkommen im Jahr 2011 bei Fr. 61'910.-- (vgl. Anhang 2 der Textausgabe Invalidenversicherung, Allgemeiner Teil des Sozialversicherungsrechts, Gesetze und Verordnungen, 2019, herausgegeben von der Informationsstelle AHV/IV, S. 228, basierend auf der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung LSE des Bundesamtes für Statistik). Ein solcher Vergleich mit den Durchschnittseinkommen rechtfertigt sich im Übrigen, obwohl eine adaptierte Tätigkeit des Beschwerdeführers gemäss den Gutachten

diverse Voraussetzungen zu erfüllen hat. So wurde im Verlaufsgutachten kurz (wieder) festgehalten, vorausgesetzt seien kleine "Arbeitsdienste" (gemeint wohl: Arbeitsteams, vgl. IV-act. 41-19), muttersprachliche Verständigung, psychagogische Führung, kein Schichtbetrieb (vgl. IV-act. 98-20). Im ersten Gutachten war detaillierter umschrieben worden, es sollten keine Schichttätigkeiten erforderlich sein. Es sollte sich um kleine überschaubare Arbeitsteams mit Möglichkeiten der Rücksichtnahme auf den Mitarbeiter handeln. Innerhalb des Arbeitsumfelds sollten teilweise muttersprachliche Verständigungsmöglichkeiten bestehen (vgl. IV-act. 41-19). Dem Beschwerdeführer könne auch eine andere als die angestammte Tätigkeit zugemutet werden, sofern sie artverwandt sei mit bereits ausgeübten Tätigkeiten wie jener als ____, in der Reinigung, in der Aufbereitung und Verpackung von Materialien, in der Produktion (vgl. IV-act. 41-18). Eine Verwertbarkeit der Arbeitsfähigkeit von immerhin 75 % durch den Beschwerdeführer stellt demnach einige Anforderungen. Die Einschränkungen werden allerdings nach dem Dargelegten durch die Persönlichkeitsstörung begründet, die schon vor und während den mehrjährigen Erwerbstätigkeiten bestand, so dass es sich rechtfertigt, von einer Verwertbarkeit der damit umschriebenen Restarbeitsfähigkeit auszugehen. Massgeblich ist zudem nicht der tatsächliche Arbeitsmarkt, sondern ein theoretischer und abstrakter ausgeglichener Markt (vgl. BGE 134 V 64, BGE 129 V 480 E. 4.2.2), der rein hypothetischen Charakter hat und ausserdem dazu dient, die Risiken von Arbeitslosigkeit und Invalidität voneinander abzugrenzen (vgl. Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [seit 1. Januar 2007: Schweizerisches Bundesgericht] vom 10. Juli 2006, I 186/05 E. 2.3, Bundesgerichtsurteil vom 23. September 2014, 9C_192/2014 E. 3.1; BGE 110 V 276 E. 4b, vgl. auch BGE 134 V 64, BGE 129 V 480 E. 4.2.2). Bei einer Arbeitsunfähigkeit von 25 % ergeben sich nach Tabellenlöhnen ein Betrag von Fr. 46'433.-- und ein Invaliditätsgrad von 31 %. Sollte ein - als maximal zu betrachtender - Abzug von 10 % anzubringen sein, wären es Fr. 41'789.-- Invalideneinkommen und machte der Invaliditätsgrad 38 % aus. Ein rentenbegründendes Ausmass wird jedenfalls nicht erreicht. Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde abzuweisen. Nach Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von 200 bis 1000 Franken festgelegt. Der Beschwerdeführer ist im Verfahren unterlegen, weshalb ihm die Gerichtskosten aufzuerlegen sind. Diese sind ermessensweise auf Fr. 600.-- zu veranschlagen. Zuzugabe der Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege (Befreiung von den Gerichtskosten) am 16. November 2018 ist er jedoch von deren Bezahlung zu befreien. Der Staat ist aufgrund der am 26. November 2018 bewilligten unentgeltlichen Rechtsverteidigung zu verpflichten, für die Kosten der Rechtsvertretung des Beschwerdeführers aufzukommen. Der Bedeutung der Streitsache und dem Aufwand angemessen erscheint eine Parteientschädigung von pauschal Fr. 3'500.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer). Diese ist in Anwendung von Art. 31 Abs. 3 des st. gallischen Anwaltsgesetzes (sGS 963.70) um einen Fünftel auf Fr. 2'800.-- zu reduzieren. Wenn seine wirtschaftlichen Verhältnisse es ihm gestatten, kann der Beschwerdeführer zur Nachzahlung der Gerichtskosten und der Auslagen für die Vertretung verpflichtet werden (vgl. Art. 123 ZPO i.V.m. Art. 99 Abs. 2 VRP/SG). Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP Die Beschwerde wird abgewiesen. Der Beschwerdeführer wird im Sinn der Erwägungen von der Bezahlung der Gerichtsgebühr in der Höhe von Fr. 600.-- befreit. Der Staat entschädigt den

unentgeltlichen Rechtsbeistand des Beschwerdeführers mit Fr. 2'800.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer).

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