

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2019/147 vom 2. August 2021**

Sg Versicherungsgericht, 2021-08-02, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_IV\\_2019\\_147](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2019_147)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2019/147 du 2 août 2021

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2019/147 del 2 agosto 2021

## **Regeste**

Art. 7 ATSG; Art. 8 ATSG; Art. 28 IVG. Das der angefochtenen Verfügung in medizinischer Hinsicht zugrunde liegende Gutachten ist beweistauglich. Die Gutachter attestierten eine volle Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten. Eine unter anderem diagnostizierte in Fehlstellung verheilte Fraktur des Epicondylus ulnaris mit Pseudoarthrose und verbliebener Beugekontraktur führt nicht zu einer faktischen Einarmigkeit. Die Beschwerdegegnerin gewährte einen als angemessen zu betrachtenden Tabellenlohnabzug von 10 %. Ein höherer lässt sich nicht begründen. Der resultierende Invaliditätsgrad ist nicht rentenbegründend (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 2. August 2021, IV 2019/147).

## **Volltext**

Entscheid vom 2. August 2021 Besetzung Versicherungsrichterin Michaela Machleidt Lehmann (Vorsitz), Versicherungsrichterrinnen Christiane Gallati Schneider und Corinne Schambeck; Gerichtsschreiberin Beatrix Zahner Geschäftsnr. IV 2019/147 Parteien A.\_\_\_\_, Beschwerdeführer, vertreten durch Rechtsanwältin Kathrin Schläpfer, MLaw, rechtsanwaelte.og42, Oberer Graben 42, 9000 St. Gallen, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rente Sachverhalt A.\_\_\_\_ (nachfolgend: Versicherter) meldete sich am 11. Januar 2006 erstmals bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (IV-act. 1). In der Klinik für Orthopädische Chirurgie des Kantonsspitals St. Gallen (KSSG) wurde ein Status nach konservativ behandelter, in Fehlstellung verheilte Kondylus ulnaris-Fraktur diagnostiziert (Berichte vom 1. September 2005, IV-act. 9-7 f., und vom 3. Oktober 2005, IV-act. 9-5 f.). Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin, berichtete zusätzlich von einem BWS-Syndrom bei Kyphoskoliose und Morbus Scheuermann. Seit 10. Dezember 2005 sei der Versicherte voraussichtlich andauernd zu 50 % arbeitsunfähig (Arztbericht vom 13. Februar 2006, IV-act. 9-1 ff.; Verlaufsbericht vom 12. Januar 2007, IV-act. 33-1 ff.). RAD-Arzt Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Arbeitsmedizin, nahm am 12. Februar 2007 Stellung, es bestehe eine dauerhafte Einschränkung des rechten Arms bei mittelschwerer und schwerer körperlicher Tätigkeit. In adaptierten Tätigkeiten bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100 % (IV-act. 34). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Vorbescheide vom 23. Februar 2007, IV-act. 44 f.) wies die IV-Stelle mit Verfügungen vom 11. April 2007 das Gesuch bezüglich Arbeitsvermittlung (IV-act. 46) und bezüglich Rente (IV-act. 47) ab, da der Versicherte in der Stellensuche nicht beeinträchtigt und in adaptierten Tätigkeiten zu 100 % arbeitsfähig sei. Am 28. September 2015 meldete sich der Versicherte erneut zum Leistungsbezug an (IV-act. 48). Er gab an, als Küchenhilfe in einer Pizzeria tätig zu sein. Am 29. Oktober 2014 hatte er eine Parietfraktur am rechten Unterarm

mit undislozierter Querfraktur im mittleren Ulnaabschnitt erlitten (Berichte der Klinik für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates des KSSG vom 3. November 2014, IV-act. 59-3 f., vom 18. November 2014, IV-act. 159, vom 16. Dezember 2014, IV-act. 59-1 f., und vom 5. Februar 2015, IV-act. 157). Der Versicherte äusserte im Assessmentgespräch vom 22. Dezember 2015, das Kneten und Formen des Pizzateigs bereite ihm Mühe. Er möchte eine andere Arbeit ausführen, für ihn denkbar wäre eine Tätigkeit am Fließband oder im feinmotorischen, handwerklichen Bereich (vgl. Assessmentprotokoll, IV-act. 73). Die IV-Stelle sprach ihm mit Mitteilung vom 19. Januar 2016 Arbeitsvermittlung zu (IV-act. 78). Die Eingliederungsverantwortliche schloss diese ab, da der Versicherte nicht mitgewirkt und unwahre Angaben gemacht habe (IV-act. 94-3), worauf die IV-Stelle das Leistungsbegehren auf berufliche Massnahmen mit Mitteilung vom 26. Juli 2016 abwies (IV-act. 102). Mit Vorbescheid vom 24. August 2016 gewährte die IV-Stelle dem Versicherten das rechtliche Gehör zur beabsichtigten Abweisung des Leistungsbegehrens hinsichtlich Rente. Zur Begründung wurde angeführt, dass der Versicherte in einer adaptierten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig sei (IV-act. 108). Dagegen liess der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin K. Schläpfer, am 29. September 2016 Einwand erheben (IV-act. 113). Nach Eingang weiterer Unterlagen (Zwischenbericht P.\_\_\_\_ vom 7. November 2016, IV-act. 119-2 ff.; Berichte von med. pract. D.\_\_\_\_ vom 13. Januar 2017, IV-act. 125, und vom 8. Mai 2017, IV-act. 132; Stellungnahme der RAD-Ärztin Dr. E.\_\_\_\_ vom 12. Juni 2017, IV-act. 133) gewährte die IV-Stelle dem Versicherten am 12. Juni 2017 die zweite Anhörung (IV-act. 135). Der Versicherte nahm am 30. Juni 2017 Stellung (IV-act. 137-1 ff.). Nach Eingang weiterer Berichte von Dr. F.\_\_\_\_ vom 25. August 2017 (IV-act. 162) und der Klinik für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates des KSSG vom 27. Oktober 2017 (IV-act. 172) ordnete die IV-Stelle eine polydisziplinäre Begutachtung an. Die Gutachter der estimated AG (Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie [Neurologie], Dr. med. H.\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie [Psychiatrie], Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädie und Rheumatologie [Orthopädie]; Untersuchungen 1., 8., 9. und 28. Februar 2018, IV-act. 187) diagnostizierten als Gesundheitsbeeinträchtigungen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit Gleichgewichtsstörungen unklarer Genese, eine Polyneuropathie der Beine distal betont, vermutlich diabetogen oder alkoholtoxisch bedingt, eine hirnatrophische Störung frontal betont, am wahrscheinlichsten alkoholtoxisch bedingt, einen Zustand nach in Fehlstellung und Pseudoarthrose (bei) nicht korrekt (verheilte), dislozierter Epicondylus ulnaris Fraktur rechter Humerus im Alter von ca. 14 Jahren mit verbliebener Beugekontraktur mit einer Streckhemmung von 60 Grad und belastungsabhängigen Schmerzen (IV-act. 187-36 f.) sowie eine Alkoholabhängigkeit, derzeit ständiger Konsum (ICD-10: F10.25, IV-act. 187-46). Weiter bestünden unter anderem ein Diabetes mellitus Typ II und ein Status nach depressiver Episode (remittiert, ICD-10: F32.4; IV-act. 187-46). Leichte Tätigkeiten im Wechsel von Stehen, Gehen und Sitzen ohne einseitige oder schwere Belastung des rechten Ellbogengelenks und ohne Benutzung von Treppen, Leitern, Gerüsten oder laufenden Maschinen seien dem Versicherten vollumfänglich zumutbar (vgl. IV-act. 187-35 ff., 41). Die retrospektive Beurteilung sei problematisch, da auf echtzeitlich erhobene Befunde abgestellt werden müsse. Die volle Arbeitsfähigkeit gelte auch retrospektiv mit Ausnahme der Phase mit einer depressiven Episode. Aufgrund der Aktenlage habe wohl eine 50%ige (richtig wohl: 20%ige bis 30%ige, vgl. psychiatrisches

Teilgutachten, IV-act. 187-103) Arbeitsunfähigkeit bestanden von November 2016 bis Mitte 2017 (IV-act. 187-41, 49). RAD-Ärztin Dr. E.\_\_\_\_ befand am 15. Mai 2018, das Gutachten sei plausibel und nachvollziehbar, es könne darauf abgestellt werden (IV-act. 188). Mit Vorbescheid vom 24. Mai 2018 gewährte die IV-Stelle dem Versicherten das rechtliche Gehör zur vorgesehenen Abweisung des Leistungsbegehrens (IV-act. 191). Im Einwand vom 29. Juni 2018 (IV-act. 192) bzw. 26. Juli 2018 (IV-act. 194-1 ff.) liess der Versicherte ausführen, das Gutachten sei mangelhaft; es bestehe eine faktische Einarmigkeit, weitere durch die behandelnden Ärzte gestellten Diagnosen würden nicht gewürdigt und es fehle an einer Konsensbeurteilung. Weiter sei ihm ein Tabellenlohnabzug von 20 % zuzugestehen. Die Gutachterstelle nahm am 1. April 2019 zum Einwand Stellung (IV-act. 202). Die IV-Stelle gewährte nach Eingang der RAD-Stellungnahme vom 3. April 2019 (IV-act. 203) dem Versicherten wiederum das rechtliche Gehör (IV-act. 204) und wies das Leistungsbegehren mit Verfügung vom 1. Mai 2019 ab. Sie führte aus, der dominante Arm könne zumindest als Zudienarm eingesetzt und dürfe keiner einseitigen Belastung ausgesetzt werden. Somit bestehe keine faktische Einarmigkeit. Auch sei die Arbeitsfähigkeit bei Einarmigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt verwertbar. Da von einer gewissen Einschränkung der Leistungsfähigkeit auszugehen sei, werde ein Leidensabzug von 10 % gewährt. Es resultiere ein Invaliditätsgrad von 6 %, womit kein Rentenanspruch bestehe (IV-act. 205). Gegen die Verfügung vom 1. Mai 2019 lässt der Versicherte (fortan: Beschwerdeführer), weiterhin vertreten durch Rechtsanwältin K. Schläpfer, MLaw, am 5. Juni 2019 Beschwerde erheben. Er beantragt, die angefochtene Verfügung sei unter Kosten- und Entschädigungsfolgen aufzuheben und es sei ihm mindestens eine Dreiviertelsrente zuzusprechen. Weiter sei ihm die unentgeltliche Rechtspflege zu gewähren. Zur Begründung macht er - zusammengefasst, auf Einzelheiten wird in den Erwägungen eingegangen - geltend, auf das der angefochtenen Verfügung zugrundeliegende Gutachten vom 28. April 2018 sowie die Stellungnahme der Gutachterstelle vom 1. April 2019 könne nicht abgestellt werden. Die Gutachter setzten sich unzureichend mit den in den Akten liegenden Arztberichten auseinander. Seine gesundheitliche Situation habe sich seit der ablehnenden Verfügung vom 11. April 2007 wesentlich verschlechtert. Die Beschwerden am rechten Ellbogen und Arm sowie an den Schulterblättern hätten sich verstärkt. Berichten von med. pract. D.\_\_\_\_ zufolge leide er an einer langjährigen Alkoholabhängigkeit und sei seit ca. November 2016 durch eine mittelgradige depressive Episode in seiner Arbeitsfähigkeit um 20 % bis 30 % eingeschränkt. Es liege eine faktische Einarmigkeit des dominanten Arms vor, weshalb die Verwertung der Arbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt erheblich erschwert sei. Die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit sei aufgrund der einzelnen Diagnosen und nicht einer Gesamtwürdigung unter Berücksichtigung der Wechselwirkungen zwischen den verschiedenen Gesundheitsbeeinträchtigungen erfolgt. Erhebliche Zweifel an der gutachterlichen Einschätzung erwecke auch die Aussage, die Befunderhebung habe eventuell an einem überdurchschnittlich guten Tag stattgefunden. Die bisherigen Arbeitsversuche seien aufgrund seiner körperlichen Beschwerden und Einschränkungen gescheitert. Selbst in einer angepassten Tätigkeit sei es ihm nur möglich, dreieinhalb bis vier Stunden pro Tag zu arbeiten. Mit dem aktuellen Pensum von 20 % komme er an seine körperlichen Grenzen. Das Invalideneinkommen sei gestützt auf seinen tatsächlichen Lohn und nicht auf den Tabellenlohn zu ermitteln. Wenn allerdings der Tabellenlohn herangezogen werde, sei ein Tabellenlohnabzug von 25 % gerechtfertigt (act. G 1). Am 12. Juni 2019 reicht der Beschwerdeführer Berichte der Klinik für Orthopädische Chirurgie

und Traumatologie des Bewegungsapparates des KSSG vom 11. April 2016 (act. G 4.1.1) und 27. Oktober 2017 (act. G 4.1.2) zu den Akten (act. G 4). Mit Beschwerdeantwort vom 30. Juli 2019 beantragt die Beschwerdegegnerin, die Beschwerde sei abzuweisen. Unter Hinweis auf Aufgabe und Stellung der Gutachterstelle als MEDAS und des polydisziplinären Ansatzes führt sie aus, die Gutachterstelle habe die Berichte der behandelnden Ärzte zur Kenntnis genommen. Die körperlichen und psychiatrischen Befunde seien diskret bis leicht ausgeprägt. Einzig die Einschätzung des nicht fachärztlich qualifizierten Dr. F.\_\_\_\_ stehe nicht im Einklang mit den Gutachtern. Zudem begründe dieser seine Einschätzung nicht ausführlich bzw. plausibel. Die Berichte der behandelnden Ärzte enthielten keine objektiv feststellbaren Gesichtspunkte, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt geblieben und geeignet seien, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen. Weitere medizinische Abklärungen seien nicht angezeigt. Das Invalideneinkommen könne nicht aufgrund des tatsächlichen Lohns berechnet werden, da der Beschwerdeführer die Restarbeitsfähigkeit nicht in zumutbarer Weise ausschöpfe. Für den Beschwerdeführer geeignet seien etwa leichtere Kontroll-, Sortier-, Prüf- sowie Verpackungsarbeiten, leichtere Aufgaben bei der Lager- und Ersatzteilbewirtschaftung oder eine Beschäftigung an einem Empfang oder als Telefonist. Der Beschwerdeführer könne seinen rechten Arm bei nicht schweren Tätigkeiten noch einsetzen und Tätigkeiten in einem bestimmten Wirtschaftszweig seien nicht ausgeschlossen, weshalb es sich rechtfertige, den Durchschnittswert der Tabellenlöhne im gesamten privaten Sektor heranzuziehen. Da er nur noch leichte Hilfstätigkeiten ausführen könne, sei ein Leidensabzug von 10 % vorzunehmen. Es resultiere ein Invaliditätsgrad von 10 % (act. G 7). Die Präsidentin bewilligte dem Beschwerdeführer am 6. August 2019 die unentgeltliche Rechtspflege (Befreiung von den Gerichtskosten, unentgeltliche Rechtsverteidigung; act. G 8). In seiner Replik vom 13. Dezember 2019 bringt der Beschwerdeführer vor, er sei vom 16. bis 30. August 2019 in stationärer psychiatrischer Behandlung gewesen. Er legt dazu einen Bericht der Suchtstation der Psychiatrie K.\_\_\_\_ vom 13. September 2019 ins Recht (act. G 17.1.2). Weiterhin stehe er in orthopädischer Behandlung (dazu: Berichte Orthopädie N.\_\_\_\_ vom 12. Juni und 18. November 2019, act. G 17.1.3). Die Einschätzungen der MEDAS seien nicht unumstösslich, sie seien finanziell von den IV-Stellen abhängig. Auffällig sei, dass nahezu sämtliche Gutachter in Deutschland praktizierten. Der pauschale Hinweis auf die auftragsrechtliche Stellung behandelnder Ärzte genüge nicht, um Zweifel an der Einschätzung der Gutachter auszuräumen. Dies habe durch ein erneutes Gutachten zu geschehen. Das Gutachten der estimed AG sei in mehrerer Hinsicht mangelhaft und nicht nachvollziehbar. Für die retrospektive Beurteilung sei auf die Einschätzung der behandelnden Ärzte abzustellen. Das orthopädische Teilgutachten sei auffällig kurz gehalten, was Zweifel an der Einschätzung begründe. Von fachärztlicher Seite seien nebst der erheblichen Beweglichkeitseinschränkung im rechten Ellbogengelenk zahlreiche weitere orthopädische Beschwerden und Einschränkungen festgestellt worden. Es treffe nicht zu, dass er seit Mitte 2017 nicht mehr in orthopädischer Behandlung stehe. Psychiatrisch könne nicht von einer "relativ harmlosen Befundlage" ausgegangen werden. Entgegen dem psychiatrischen Gutachten habe im Mai 2017 kein gebesserter psychopathologischer Befund vorgelegen und es habe auch nach Mai 2017 eine 20%- bis 30%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Aufgrund des Schweregrads der Suchterkrankung und der Aussage, dass diese die Auswirkungen einer möglichen Komorbidität überdecke, sei eine 100%ige Arbeitsfähigkeit nicht nachvollziehbar. Die psychiatrische Einschätzung sei folglich nicht abschliessend. Der Hausarzt Dr. F.\_\_\_\_ sei durchaus in der Lage, seine

Arbeitsfähigkeit einzuschätzen. An seinen Stellen in der Pizzeria L.\_\_\_\_, im P.\_\_\_\_ und im Restaurant sei er nicht in der Lage gewesen, die erwarteten Aufgaben zu erfüllen. Selbst an einem angepassten Arbeitsplatz sei es ihm nur möglich gewesen, dreieinhalb bis vier Stunden pro Tag zu arbeiten. Eine gesamtheitliche Einschätzung führe zu einer Arbeitsunfähigkeit von mindestens 60 %. Er schöpfe die Restarbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise aus. Arbeiten in der Industrie seien ihm zufolge ihrer Gefährlichkeit nicht zumutbar. Die Restarbeitsfähigkeit sei nur mit gegenüber dem Durchschnitt über alle Wirtschaftszweige stark vermindertem erwerblichem Erfolg verwertbar. Es sei daher von einem tieferen Invaliditätseinkommen als dem durchschnittlichen Tabellenlohn auszugehen und ein Leidensabzug von 20 % bis 25 % gerechtfertigt (act. G 17). Die Beschwerdegegnerin verzichtet auf eine Duplik (act. G 20). Erwägungen Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) umschreibt Invalidität als voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist der durch die gesundheitliche Beeinträchtigung verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Ein invalidenversicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden setzt eine auf objektivierten Beschwerden beruhende fachärztlich gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 130 V 396 E. 5.3 und E. 6, BGE 141 V 289 E. 3.2; Urteil des Bundesgerichts vom 22. Februar 2016, 8C\_1/2016, E. 4.3). Erforderlich ist zudem, dass die geltend gemachten Beschwerden objektiviert werden können und sich auf die Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit auswirken (vgl. BGE 143 V 427 E. 6, Urteile des Bundesgerichts vom 30. November 2017, 8C\_350/2017, E. 5.4, und vom 27. März 2015, 8C\_673/2014, E. 5.1.1;). Für somatisch unklare Beschwerdebilder (somatoforme Schmerzstörung und gleichgestellte Diagnosen) sowie psychische Erkrankungen wie namentlich Depressionen ist der Beweis nach dem strukturierten Verfahren mittels Indikatoren zu führen (vgl. dazu BGE 143 V 428, E. 7.1 und BGE 141 V 281). Der Beweis für eine lang andauernde und erhebliche gesundheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit kann nur dann als geleistet betrachtet werden, wenn die Prüfung der massgeblichen Beweisthemen im Rahmen einer umfassenden Betrachtung ein stimmiges Gesamtbild einer Einschränkung in allen Lebensbereichen (Konsistenz) für die Bejahung einer Arbeitsunfähigkeit zeigt (BGE 143 V 427, E. 6 a. E.). Nach Art. 28 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) besteht Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70%, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie wenigstens zu 60%, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50%, und auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40% invalid ist. Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen, Art. 16 ATSG). Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die

ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen). Die urteilenden Instanzen haben die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen; BGE 141 V 14 E. 6.3.1). Rechtsprechungsgemäss ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten und -ärztinnen, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 227 E. 1.3.4, BGE 125 V 353 E. 3b/bb, Urteile des Bundesgerichts vom 15. Juli 2020, 8C\_335/2020, E. 4.1, und 13. Februar 2019, 8C\_801/2018, E. 4.3). Im Sozialversicherungsrecht gelten der Untersuchungsgrundsatz und der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG). Verwaltung und Sozialversicherungsgericht haben von sich aus für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist. In diesem Rahmen haben Verwaltungsbehörden und das Sozialversicherungsgericht zusätzliche Abklärungen stets dann vorzunehmen oder zu veranlassen, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebenden Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 4. Aufl., Bern/St. Gallen/Zürich 2020, N 107 zu Art. 61). Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen (vgl. BGE 126 V 353 E. 5b, BGE 125 V 193 E. 2, je mit Hinweisen). Ein erstes Leistungsgesuch des Beschwerdeführers wurde mit Verfügung vom 11. April 2007 (IV-act. 47) abgewiesen. Die Beschwerdegegnerin ist auf das neue Gesuch vom 28. September 2015 eingetreten, weshalb auf die entsprechenden Voraussetzungen gemäss Art. 87 Abs. 3 i.V.m. Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) nicht mehr einzugehen und zu prüfen ist, ob sich der Gesundheitszustand seit dem Ergehen des abweisenden Entscheids rentenwirksam verändert hat (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 3. September 2019, 8C\_467/2019, E. 3.2). Ein allfälliger Rentenanspruch aufgrund der Neuanmeldung vom 28. September 2015 besteht frühestens ab 1. März 2016 bzw. nach Ablauf des Wartejahrs gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG (Art. 29 Abs. 1 und 3 IVG; BGE 142 V 550 f. E. 3.1 f.; Urteil des Bundesgerichts vom 18. Februar 2016, 9C\_942/2015, E. 3.3.3). Medizinische Grundlage der angefochtenen Verfügung vom 1. Mai 2015 (IV-act. 205) bildet das polydisziplinäre Gutachten der estimed AG vom 28. April 2018 (IV-act. 187). Dessen Beweistauglichkeit ist umstritten. Der Beschwerdeführer erlitt im Jugendalter eine Ellbogenfraktur. Seither leidet er an einer so genannten Fishtail-Deformity bei bildgebend festgestellter mal union bzw. non union des medialen Condylus. Aufgrund dessen bestünden funktionelle Einschränkungen und Schmerzen. Die Beschwerden würden vor allem bei körperlicher

Mehrbelastung bei der Arbeit auftreten und imponierten eher im Sinne einer Epikondylitis humeri radialis bzw. einer muskulären Überlastung (Bericht der Klinik für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates des KSSG vom 24. April 2015, IV-act. 58). Mit neuem Gesuch macht der Beschwerdeführer geltend, die Beschwerden hätten sich nach dem Unterarmbruch vom 29. Oktober 2014 verschlimmert. Mittlerweile liege eine funktionelle Einarmigkeit des dominanten Arms vor und die Schmerzen hätten sich auf den Schulter- Nackenbereich ausgedehnt (vgl. Arztberichte Dr. M. \_\_\_ vom 9. Oktober 2014, IV-act. 57-2 f., und der Klinik für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates des KSSG vom 24. April 2015, IV-act. 58; Assessmentprotokoll vom 23. Dezember 2015, IV-act. 73-1 f.). Bezüglich der Parierfraktur mit undislozierter Querfraktur im mittleren Ulnaabschnitt war gemäss Berichten der Klinik für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates KSSG vom 16. Dezember 2014 (IV-act. 59-1 f.) lediglich noch eine minimale Druckdolenz im ehemaligen Frakturbereich vorhanden und am 5. Februar 2015 war sie mit stabiler Callusbildung konsolidiert (IV-act. 157). Es ist somit nicht davon auszugehen, dass diese zu einer längerdauernden Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit führte. Am rechten Ellbogen erhoben der neurologische und der orthopädische Gutachter eine Beugekontraktur mit eingeschränkter Beugung zwischen 60° und 100° ohne entzündliche Veränderungen. Der Sulcus ulnaris sei druckdolent. Als Folge der Beugekontraktur und der Immobilität nach der Ulnaschaftfraktur im Jahr 2014 bestehe im rechten Arm eine deutliche Muskelatrophie. Die rechte Schulter sei schmerzlos frei bewegbar, im linken Schultergelenk seien bei passiver Rotation Schmerzen provozierbar. Die Unterarmdrehung sei lediglich einwärts diskret eingeschränkt gewesen (IV-act. 187-64, 79). Aus der Krankengeschichte der Orthopädie N. \_\_\_ (Eintrag vom 6. November 2019) geht hervor, dass beim Beschwerdeführer vier Monate zuvor am Ellbogen rechts eine Arthrolyse mit Pseudoarthrosen-Resektion und Rekonstruktion des ulnaren Seitenbandes vorgenommen worden war. Es wurde festgehalten, es bestünden unverändert ein Extensionsdefizit von 40° und deutliche Restbeschwerden (act. G 17.1.3). An der rechten Schulter wurde durch die Klinik für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates des KSSG eine AC-Gelenksarthropathie mit Druckdolenz und Schulterbeweglichkeit von Flexion und Abduktion von je 120° und positivem Cross-Body-Test festgestellt und durch eine Infiltration behandelt, wonach ein Beschwerderückgang nach Angaben des Beschwerdeführers aufgrund der Schonung des Gelenks mit Reduktion des Arbeitspensums auf 50 % eintrat (Berichte vom 15. Januar 2016, IV-act. 152, und vom 11. April 2016, IV-act. 151). Bezüglich der linken Schulter vermerkte die Klinik für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates des KSSG in ihrem Bericht vom 27. Oktober 2017, es bestehe eine Instabilitärsarthropathie nach Humeruskontusion am 26. August 2017. Anamnestisch habe sich der Beschwerdeführer vor ca. 15 Jahren und danach wiederholt die Schulter "ausgekugelt" und selbst reponieren können. Bildgebend (CT vom 25. Oktober 2017) wurden eine knöcherne Bankartläsion und eine leichte Hill-Sachs-Läsion, beide älter, sowie Osteophyten, eine Omarthrose und Knorpeldefekte am kaudalen Glenoid festgestellt (IV-act. 172). Bei der Begutachtung im Februar 2018 gab der Beschwerdeführer belastungsabhängige Schmerzen der linken Schulter an (IV-act. 187-61). Der neurologische Gutachter führte im Befund aus, bei passiver Rotation des Oberarms seien im Schultergelenk links Schmerzen provozierbar. Die rechte Schulter sei frei bewegbar, ohne Provokation von Schmerzen (IV-act. 187-64). Der orthopädische Gutachter erhob bei angegebenen manchmal auftretenden Beschwerden der linken Schulter

bei besonderer Belastung (IV-act. 187-81) seitengleich eine freie Bewegbarkeit beider Schultern. Der Nacken- und Schürzengriff sei regulär mit beiden Armen durchführbar gewesen (vgl. IV-act. 187-79 f.). Die linke Schulter sei völlig frei bewegbar. Bei der aktuellen Untersuchung hätten keine Auffälligkeiten festgestellt werden können (IV-act. 187-80). Der orthopädische Gutachter erwähnte die im Oktober 2017 erhobenen Befunde an der linken Schulter nicht und attestierte auch keine entsprechenden Adaptionskriterien (zum Beispiel Einschränkung bezüglich Überkopfarbeiten). Die am 5. Juni 2019 durch die Orthopädie N.\_\_\_\_ erhobenen kernspintomographischen Befunde zeigten eine PASTA-Läsion der Supraspinatussehne sowie eine fortgeschrittene Omarthrose nach Bankartläsion. Es wurden eine aktuelle Bursitis subacromialis infiltrativ behandelt und eine arthroskopische Sanierung in Betracht gezogen. Klinisch zeigte sich beidseits, links deutlich, ein subacromiales Impingementsyndrom. Im Bericht zur Konsultation vom 6. November 2019 wurde festgehalten, in der linken Schulter bestehe radiologisch eine sekundäre posttraumatische Omarthrose mit sekundärem subacromialem Impingement. Bisher sei eine Infiltrationstherapie erfolgreich durchgeführt worden. Weitere Massnahmen hätten aufgrund der geringen Beschwerden noch nicht ergriffen werden müssen (Einträge Krankengeschichte Orthopädie N.\_\_\_\_ vom 12. Juni 2019, act. G 17.1.3). Der die Befunde dokumentierende Untersuchungsbericht der Klinik für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates des KSSG vom 27. Oktober 2017 ist zwar im allgemeinen Aktenauszug, jedoch nicht unter den spezifisch orthopädisch relevanten Akten aufgeführt (IV-act. 187-25, 74). Nachvollziehbar ist indes, dass der Gesundheitsschaden der Schultern die Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit nicht quantitativ einschränkt. Diese Schlussfolgerung erscheint auch anhand der Krankengeschichte-Einträge der Orthopädie N.\_\_\_\_ als bestätigend (act. G 17.1.3). Im Bereich der HWS und des Schultergürtels konnte der neurologische Gutachter bis auf einen paravertebralen Hartspann keine pathologischen Befunde bzw. Einschränkungen erheben (IV-act. 187-64). Der orthopädische Gutachter hielt fest, die Beweglichkeit der Wirbelsäule sei durch die deutlich verkürzte ischiocrurale/untrainierte Muskulatur eingeschränkt. Ansonsten sei die Wirbelsäule auf allen Ebenen gut beweglich. Es würden wiederholt Verspannungen im Bereich der Lendenwirbelsäule beklagt (IV-act. 187-79). Die Beschwerden würden nur gelegentlich auftreten und seien bei der aktuellen Untersuchung nicht relevant gewesen (IV-act. 187-81). Sie wurden offenbar insoweit berücksichtigt, als Tätigkeiten im Wechsel von Stehen, Gehen und Sitzen als angepasst bezeichnet wurden (IV-act. 187-82). Der neurologische Gutachter erhob sodann Gleichgewichtsstörungen unklarer Genese, eine Polyneuropathie der Beine distal betont sowie eine hirnatrophi sche Störung frontal betont (IV-act. 187-65). Letztere würden einen Gesundheitsschaden von 20 % ohne wesentlichen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bedingen. Dies erscheint insoweit nachvollziehbar, als die Gangprüfungen beim orthopädischen Gutachter unauffällig verliefen (IV-act. 187-78) und sich keine Hinweise für wesentliche Konzentrations-, Gedächtnisstörungen oder ein Korsakow Syndrom fanden (IV-act. 187-65). Die internistische Gutachterin hielt fest, auf ihrem Fachgebiet seien keine Beschwerden beklagt worden, die zu IV-relevanten Funktionsstörungen oder Leistungseinbussen geführt hätten (IV-act. 187-34). Es ergäben sich keine Hinweise für Sekundärschäden infolge der arteriellen Hypertonie oder des Diabetes mellitus. Ebenso fänden sich keine Hinweise für Blutdruck- oder Blutzuckerinstabilitäten im Alltag (IV-act. 187-35). Der Beschwerdeführer sei in angepassten Tätigkeiten zu 100 % vollumfänglich arbeitsfähig (IV-act. 187-35). Der neurologische Gutachter hielt fest, die von ihm erhobenen Befunde seien (noch) nicht so

ausgeprägt, dass die Arbeitsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt sei (IV-act. 187-68). Der orthopädische Gutachter führte aus, die Schmerzen im rechten Ellbogen träten nur bei Belastung auf. Dazu und zu den vom Beschwerdeführer beklagten mittlerweile auch in der linken Schulter bestehenden Schmerzen hielt er fest, seit ca. Mitte 2017 seien keine Behandlungen oder Schmerzmedikation auf orthopädisch/rheumatologischem Gebiet erfolgt (IV-act. 187-75). Letzteres trifft zwar nicht zu, doch lässt der Eintrag der Orthopädie N.\_\_\_\_ vom 25. November 2019 darauf schliessen, dass die Beschwerden im rechten Ellbogen nach der Operation in etwa unverändert gegenüber der Begutachtung persistieren und dass die Beschwerden der linken Schulter (noch) gering sind (vgl. act. G 17.1.3). In somatischer Hinsicht ist der Beschwerdeführer insoweit eingeschränkt, als der rechte Arm und als Folge von dessen Entlastung zuungunsten des linken Arms die linke Schulter zu schmerzen beginnt, je stärker der Beschwerdeführer den rechten Arm belasten muss. Von einer faktischen Einarmigkeit ist indes aufgrund der gutachterlichen Befunde und mit Blick darauf, dass die Beschwerden auch durch die Orthopädie N.\_\_\_\_ als nicht gravierend eingeschätzt wurden, nicht auszugehen. Die Folgerung des orthopädischen und neurologischen Gutachters sowie der internistischen Gutachterin, dass keine die Arbeitsfähigkeit quantitativ beschränkenden Gesundheitsschäden vorliegen, ist nach dem Gesagten nachvollziehbar. Zur abweichenden Einschätzung der Institution P.\_\_\_\_, wo der Beschwerdeführer ein Pensum von 3,5 bis 4 Stunden bewältigen konnte, ist Folgendes festzuhalten: Der Aufgabenbereich umfasste das Bereitstellen der Pausenverpflegung, das Zubereiten, Anrichten und Garnieren des Salatbuffets, der Menusalate und Desserts, die Lager- und Automatenbewirtschaftung, Pflege und Reinigung der Kaffeemaschinen und Kassieren. Die Leistung bei nicht angepassten Tätigkeiten wurde auf 60 % geschätzt (IV-act. 119-2 ff.). Das Tätigkeitsspektrum dürfte nicht vollumfänglich angepasst gewesen sein in dem Sinne, dass der rechte Arm ausreichend geschont werden konnte. Aus dem Bericht lässt sich nicht folgern, dass der Beschwerdeführer nicht in der Lage gewesen wäre, auch in der zweiten Tageshälfte zu arbeiten, wenn auch allenfalls wiederum während lediglich 3,5 bis 4 statt während 4,5 Stunden. Er vermag die gutachterliche Einschätzung somit nicht massgeblich in Frage zu stellen. Dem psychiatrischen Gutachter berichtete der Beschwerdeführer, er habe am Vorabend innerhalb von drei Stunden etwa einen halben Liter Whisky getrunken, um seine Nervosität zu beruhigen. Er leide unter häufigen Angstzuständen, habe Existenz- und Zukunftsängste und mache sich grosse Sorgen um seine Mutter, der vielleicht die Ausschaffung drohe (IV-act. 187-89). Wegen dieser Ängste könne er seit drei Jahren nicht schlafen, vor allem nicht einschlafen. Er trinke seit ca. zehn Jahren praktisch täglich eine halbe bis eine ganze Flasche Whisky, dies meistens erst abends und mehrheitlich heimlich, damit seine Mutter es nicht mitbekomme. Kollegen hätten ihm schon einen Entzug empfohlen. Die Ängste, Schlafstörungen und Sorgen erschwerten ihm den Verzicht. Er leide seit ca. zehn Jahren unter Diabetes mellitus. Er habe Stimmungsschwankungen, vor allem, wenn er an die drohende Ausschaffung seiner Mutter denke. Er könne sich andererseits jedoch durchaus freuen, verspüre aber keine grosse Motivation, etwas anzufangen. Er wüsste nicht was und so schau er halt fern. Auch dies verstärke seinen Drang, etwas zu trinken (IV-act. 187-90). Bewusstsein, Orientierung, Aufmerksamkeit, Konzentration, Auffassung, Merkfähigkeit und Langzeitgedächtnis erhob der Gutachter als ungestört bzw. unauffällig. Im formalen Gedankengang sei der Beschwerdeführer geordnet, nicht verlangsam, nicht grübelnd gewesen, dabei leicht eingengt auf Zukunftsängste und umstellfähig gewesen. Phobische Gedankengänge im engeren Sinn hätten sich nicht gezeigt. Diskrete paroxysmale Ängste seien berichtet

worden. Die Grundstimmung sei leicht gedrückt gewesen, aber nicht tief depressiv, nicht labil, nicht dysphorisch. Die affektive Modulationsfähigkeit sei leicht vermindert, situative Aufhellungen seien mehrfach feststellbar gewesen. Der Antrieb sei nicht vermindert gewesen, Mimik und Gestik mitschwingend. Zirkadiane Besonderheiten seien berichtet worden (IV-act. 187-93). Zwei testpsychologische Untersuchungen ergaben keinen Hinweis auf ein depressives Symptom (IV-act. 187-94). Nicht beeinträchtigt seien die Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen sowie zur Anwendung fachlicher Kompetenzen, die Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit, die Selbstbehauptungsfähigkeit, die Fähigkeit zu engen, intimen Beziehungen und zur Selbstpflege sowie die Verkehrsfähigkeit. Leicht beeinträchtigt seien die Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, leicht beeinträchtigt bis beeinträchtigt die Kontaktfähigkeit zu Dritten und die Gruppenfähigkeit, beeinträchtigt seien die Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben und die Durchhaltefähigkeit, bis zur Hilfsbedürftigkeit beeinträchtigt sei die Fähigkeit zu Spontanaktivitäten (IV-act. 187-95 ff.). Der Gutachter diagnostizierte eine Alkoholabhängigkeit, derzeit ständiger Konsum (ICD-10: F10.25) und legte dar, dass deren Diagnosekriterien erfüllt seien (IV-act. 187-98 ff.). Aus psychiatrischer Sicht sei der Beschwerdeführer für sämtliche körperlich adaptierten Tätigkeiten zu 100 % arbeitsfähig. Einzig für den Zeitraum zwischen November 2016 und Mai 2017 (gemäss Berichten von med. pract. D. \_\_\_ vom 13. Januar 2017 [IV-act. 125], vom 8. Mai 2017 [IV-act. 132] und vom 31. Mai 2017 [IV-act.143]) sei eine 20% bis 30%ige Arbeitsunfähigkeit aufgrund einer mittelgradigen depressiven Episode/komorbide Alkoholabhängigkeit nachvollziehbar. Angesichts der floriden Alkoholproblematik seien Arbeiten mit potenziell gefährlichen Geräten nicht zumutbar (IV-act. 187-101). Im Hinblick auf die diagnostische Einschätzung komorbider Erkrankungen (Depression, Angststörung, Persönlichkeitsstörungen) könne allerdings zum aktuellen Zeitpunkt nicht zuverlässig Stellung genommen werden, da die Diagnose einer psychischen Störung bei gleichzeitig floridem Alkoholkonsum nicht gestellt werden sollte; dieser überlagere gegenwärtig jede mögliche psychische Störung (IV-act. 187-103). Mit Urteil vom 11. Juli 2019 (BGE 145 V 215) unterstellte das Bundesgericht auch Suchtleiden - unabhängig ob primär oder sekundär - dem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281. Die neue Rechtsprechung ist vorliegend anzuwenden (vgl. BGE 142 V 558 f., E. 4.1; Urteil des Bundesgerichts vom 1. April 2014, 9C\_769/2013, E. 2) und es ist zu prüfen, ob das Gutachten, gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten, eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlaubt oder nicht (vgl. BGE 141 V 281 E. 8 S. 309; Urteil des Bundesgerichts vom 13. April 2016, 9C\_168/2015, E. 2.2.3). Die Alkoholabhängigkeit erscheint aufgrund der angegebenen Menge gravierend. Indes sind die kognitiven Funktionen nicht beeinträchtigt und das Gleichgewicht zumindest nicht durchgehend. Soweit der Beschwerdeführer geltend macht, das psychiatrische Gutachten sei widersprüchlich, indem sich einerseits auf relevante komorbide psychische Erkrankungen keine Hinweise ergäben (IV-act. 187-100), andererseits aber deren Vorhandensein diagnostisch wegen der Alkoholkrankung nicht zuverlässig beurteilt werden könne (IV-act. 187-103) ist in Betracht zu ziehen, dass nicht primär die Diagnosen, sondern die funktionellen Einschränkungen massgebend sind (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 8. August 2019, 9C\_344/2019, E. 4.2, und vom 27. März 2015, 8C\_673/2014, E. 5.1.1). Schwerergradige Auswirkungen der Sucht sind dem Gutachten oder den Berichten von med. pract. D. \_\_\_ nicht zu entnehmen. Ebenso erwähnten die Betreuer des P. \_\_\_ im Zwischenbericht vom 7. November 2016 keine Alkoholprobleme (IV-act. 119). Näheres ergibt sich auch nicht aus

dem Bericht der Psychiatrie K.\_\_\_\_ zum stationären Aufenthalt des Beschwerdeführers vom 16. bis 30. August 2019 auf der Suchtstation. Zwar berichtete der Beschwerdeführer dort von schlimmen Erlebnissen in seiner Heimat (Ermordung eines Onkels in seiner Anwesenheit, häufigeres Geschlagenwerden). Er sei jedoch in den letzten Jahren wieder in die Heimat in den Urlaub gereist. Ein Vermeidungsverhalten scheine diesbezüglich nicht zu bestehen. Über die Einschränkungen der psychischen Belastbarkeit unter Alltagsbedingungen konnte aufgrund der lediglich 14-tägigen Behandlungsdauer keine Aussage gemacht werden, da Belastungserprobungen nicht möglich gewesen seien. Der Beschwerdeführer habe keine anschliessende Langzeittherapie gewünscht und eine rasche Wiedereingliederung am Arbeitsplatz erreichen wollen. Da er am Folgetag des Austritts eine Aushilfsarbeit bei seinem früheren Arbeitgeber habe antreten wollen, sei keine Krankschreibung erfolgt (act. G 17.1.2.). Auch mit diesen Ausführungen wird die Einschätzung des psychiatrischen Gutachters nicht durch objektivierte Gesichtspunkte in Frage gestellt. Somit ist eine schwerwiegendere Einschränkung aufgrund psychischer Erkrankungen - insbesondere der Sucht - nicht nachgewiesen und war selbst im Rahmen eines zweiwöchigen stationären Klinikaufenthalts nicht nachweisbar. Von Seiten der Persönlichkeit ergibt sich aus den Akten kein Anhaltspunkt für eine Beeinträchtigung. Zum sozialen Kontext hielt der psychiatrische Gutachter fest, es seien Zeichen sozialer Desintegration (praktisch keine sozialen Kontakte, fehlende Tagesstruktur) eruierbar gewesen (IV-act. 187-99). (Weitere) reaktive (invaliditätsfremde) Faktoren spielten gegenwärtig keine wesentliche Rolle im Behandlungs- und Heilungsverlauf. Im Vordergrund der aktuellen Beschwerdeproblematik stehe nach wie vor die schwerwiegende Alkoholproblematik (IV-act. 187-101). Der Beschwerdeführer gibt an, er sei seit 2014 geschieden und seine Kinder im Alter von 13, 17 und 18 Jahren lebten bei der Mutter. Er lebe mit seiner Mutter in einer Wohnung (IV-act. 187-62). Deren unsicherer Aufenthaltsstatus belaste ihn. Er verfüge über keine Schul- oder Berufsbildung und sei in den Tätigkeiten als Kurier und Küchenhilfe angelernt worden (IV-act. 187-62 f.). Seinen Alltag schildert der Beschwerdeführer ereignislos geprägt von Fernsehen und Spazieren (IV-act. 187-92). Er müsse viel liegen, könne wegen der Schmerzen nicht viel unternehmen. Seine Mutter kümmere sich um alles (IV-act. 187-63). Zur Konsistenz wurde von den Gutachtern festgehalten, die Angaben des Beschwerdeführers zu den Schmerzen seien unklar: einerseits habe er in Ruhe kaum Schmerzen, sondern nur bei 100%iger Arbeitsbelastung (IV-act. 187-161), andererseits könne er wegen der Schmerzen nicht viel unternehmen (IV-act. 187-63). Während er zunächst angab, er trinke kaum Alkohol, seine Stelle habe er wegen der Schmerzen verloren (IV-act. 187-61), räumte er daraufhin ein, er trinke täglich bis zu einem Liter Whisky (IV-act. 187-62) und äusserte anlässlich der orthopädischen Begutachtung, die bisherige Stelle sei ihm gekündigt worden, weil er ab 20. Dezember 2017 nicht mehr zur Arbeit erschienen sei (IV-act. 187-77). Der neurologische Gutachter führte Widersprüchlichkeiten in den Angaben des Beschwerdeführers zu den Schmerzen und der Händigkeit an (IV-act. 187-66). Hierzu ist indes anzumerken, dass im Nachhinein degenerative Befunde an beiden Schultern erhoben wurden und der orthopädische Gutachter eine deutliche Muskelatrophie rechts gegenüber links feststellte (IV-act. 187-79). Der orthopädische Gutachter führte aus, eine Diskrepanz zwischen den objektiven Befunden und den geklagten Beschwerden habe nicht festgestellt werden können. Die belastungsabhängigen Beschwerden im Bereich des rechten Ellenbogengelenks und die damit zusammenhängende Einschränkung seien glaubhaft. Eine Aggravation oder Simulation liege nicht vor (IV-act. 187-81). Der psychiatrische Gutachter

hielt fest, es hätten sich keine wesentlichen Diskrepanzen gezeigt hinsichtlich der subjektiven Symptombeschreibungen des Beschwerdeführers, der Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen (weitmaschige psychotherapeutische Behandlung), der Schilderung seines Tagesablaufs (Aktivitätsniveau), des aktuellen Untersuchungsbefundes wie auch hinsichtlich der vorliegenden Befundberichte (IV-act. 187-101). Zusammenfassend erscheint nachvollziehbar, dass der Beschwerdeführer bei reger Benützung des rechten Armes zunehmend Schmerzen verspürt und bei gewissen Bewegungen eingeschränkt ist. Deshalb kann eine Tätigkeit in der Küche mit schweren Arbeiten nicht als adaptiert angesehen werden. Im Rahmen der Eingliederungsberatung wurde der Beschwerdeführer explizit darauf hingewiesen, dass er sich auf Tätigkeiten in einer Produktionsfirma, bei einem Auslieferdienst sowie für andere Hilfstätigkeiten zu bewerben habe. Dabei stellte die Eingliederungsberaterin jedoch fest, dass er sich nicht genügend intensiv und auch nicht auf passende Stellen beworben und zudem auch wenig Motivation gezeigt habe. Weiter fehlte er bei einem 10-wöchigen Deutschkurs mehrfach unentschuldig (Verlaufsprotokoll Eingliederungsberatung, Eintrag vom 30. Juni 2016, IV-act. 94-3). Anlässlich eines Assessmentgesprächs vom 22. Dezember 2015 hatte er zudem noch angegeben, dass er trotz der Einschränkungen am Ellbogen über ein sehr gutes Feinspitzengefühl verfüge und sich allenfalls auch vorstellen könne, an einem Fließband in einer Fabrik oder in einem feinmotorischen oder handwerklichen Bereich zu arbeiten (IV-act. 73-3). Der Alkoholkonsum, den er bereits seit Jahren betreibt, hat sich bis anhin wie vorstehend dargetan (vgl. E. 4.2), nie direkt relevant auf seine Arbeit und offenbar noch nicht bleibend auf seinen Gesundheitszustand ausgewirkt. Jedoch wird eine Abstinenzbehandlung unter anderem aus internistischer Sicht im Hinblick auf die Blutzuckereinstellung als optimal angesehen (IV-act. 187-35). Auch der psychiatrische Gutachter sprach sich für eine Alkoholentzugs- mit anschliessender -entwöhnungsbehandlung aus, die medizinisch angezeigt und auch zumutbar sei (IV-act. 187-101). Auch aus IV-rechtlicher Sicht müsste im Rahmen der allgemein gültigen Selbsteingliederungs- sowie Schadenminderungspflicht eine Alkoholabstinenz verlangt werden, sobald sich der Konsum auf die Arbeitsfähigkeit auswirkt. Dabei ist zu bemerken, dass dem Beschwerdeführer im Zusammenhang mit Verkehrsdelikten der Führerschein auf unbestimmte Zeit entzogen worden war und er diesen nach der vom Strassenverkehrsamt Z.\_\_\_\_ verlangten einjährigen Abstinenz anfangs 2016 wieder erhalten hat (gemäss seinen Angaben gegenüber Dr. D.\_\_\_\_, Bericht vom 13. Januar 2017, IV-act. 125-2). Psychosoziale und motivationale Faktoren scheinen eine nicht unerhebliche Rolle zu spielen, welche in IV-rechtlicher Hinsicht jedoch unbeachtlich sind. Insgesamt wurden Vorakten, Anamnese und Befunde ausreichend berücksichtigt und die medizinischen Einschätzungen sind nachvollziehbar. Auf das Gutachten kann daher abgestellt werden. Somit ist für die Zeitspanne von November 2016 und Mai 2017 von einer 25%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen (zum Durchschnittswert vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 4. Juni 2013, 9C\_730/2012, E. 4.2; vgl. psychiatrisches Teilgutachten, IV-act. 187-103 und Sachverhalt A.e vorstehend; bei der interdisziplinär erwähnten 50%igen Arbeitsunfähigkeit, dürfte es sich um einen Verschrieb handeln, IV-act. 187-41). Ansonsten ist die Arbeitsfähigkeit für adaptierte Tätigkeiten in vollem Umfang erhalten. Die Beschwerdegegnerin stellt für die Bemessung des Valideneinkommens auf das im O.\_\_\_\_ erzielte Einkommen von 13 x Fr. 3'500.-- (Angabe Arbeitgeber vom 15. Juli 2006, IV-act. 23-6) ab (IV-act. 38; IV-act. 190). Der Beschwerdeführer arbeitete dort jedoch lediglich während eines Monats vollzeitlich und erzielte nie längerfristig ein durchschnittliches oder existenzsicherndes Einkommen, so dass dieses keine zuverlässige

Validenbasis bildet und eine solche auch sonst fehlt. Auf das tatsächliche Invalideneinkommen kann nicht abgestellt werden, da er seine Arbeitsfähigkeit nicht ausschöpfte, was auch eine allfällige Aufrechnung des tatsächlichen auf ein volles Pensum ausschliesst (Urteil des Bundesgerichts vom 26. Januar 2016, 9C\_762/2015, E. 3.2 und E. 4.1). Somit entspricht der Invaliditätsgrad der Arbeitsunfähigkeit (Prozentvergleich, vgl. Urteil vom 24. Januar 2019, 9C\_492/2018, E. 4.3.2). Nach der Rechtsprechung können die statistischen Löhne um bis zu 25 % gekürzt werden, um dem Umstand Rechnung zu tragen, dass versicherte Personen mit einer gesundheitlichen Beeinträchtigung in der Regel das durchschnittliche Lohnniveau nicht erreichen (RKUV 1999 Nr. U242 S. 412 E. 4b/bb) bzw. ihre Restarbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg zu verwerthen in der Lage sind. Dabei handelt es sich um einen allgemeinen behinderungsbedingten Abzug (BGE 126 V 78 E. 5a/bb). Nach der Rechtsprechung hängt die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen - auch von invaliditätsfremden Faktoren - des konkreten Einzelfalles ab (namentlich leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad), die nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen sind. Eine schematische Vornahme des Leidensabzuges ist unzulässig (BGE 126 V 79 E. 5b, bestätigt in AHI 2002 S. 62 und BGE 129 V 481 E. 4.2.3 mit Hinweisen). Die Rechtsprechung gewährt insbesondere dann einen Abzug auf dem Invalideneinkommen, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a/bb S. 78; zum Abzug bei Einschränkungen an den Armen/Händen: vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 15. Juli 2020, 8C\_151/2020, E. 6.1, 30. Oktober 2019, 8C\_587/2019, E. 6.2 und 7.3; zum Ganzen auch PH. EGLI, M. FILIPPO, TH. GÄCHTER, M. E. MEIER, Grundprobleme der Invaliditätsbemessung in der Invalidenversicherung, Zürich 2021, Rz. 433 ff.). Die Beschwerdeführerin gewährte einen Tabellenlohnabzug von 10 %, während der Beschwerdeführer einen solchen von 25 % für rechtens hält. Dem Fehlen einer beruflichen Ausbildung und von Sprachkenntnissen wird Rechnung getragen, indem für die Bemessung des Validen- und Invalideneinkommens auf denselben Tabellenlohn abgestellt wird. Im Übrigen erfordern Hilfsarbeiten weder gute Kenntnisse der deutschen Sprache noch eine Ausbildung, weshalb deren Fehlen keinen Tabellenlohnabzug begründet (Urteil des Bundesgerichts vom 10. Februar 2020, 9C\_550/2019, E. 4.3). Bei einer 100%igen Arbeitsfähigkeit bleibt kein Raum für einen Teilzeitabzug. Der Beschwerdeführer macht zufolge faktischer Einarmigkeit und zahlreicher weiterer Einschränkungen einen Tabellenlohnabzug von 25 % geltend (act. G 1-24). Von einer faktischen Einarmigkeit ist vorliegend jedoch nicht auszugehen (vgl. E. 3.1.8). Mit Blick auf die Rechtsprechung erscheint der gewährte Tabellenlohnabzug von 10 % als angemessen. Selbst bei einem Tabellenlohnabzug von 25 % würde zudem kein einen Rentenanspruch begründender Invaliditätsgrad resultieren. Nach dem Gesagten 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 in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Dem unterliegenden Beschwerdeführer sind die Gerichtskosten vollumfänglich aufzuerlegen. Zuzufolge unentgeltlicher Rechtspflege ist er von der Bezahlung zu befreien. 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 des Kantons St. Gallen (HonO; sGS 963.75) pauschal Fr. 1'500.-- bis Fr. 15'000.--. Die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers macht ein Honorar von Fr. 8'722.60 entsprechend einem Aufwand von 30,75 Stunden geltend. Sie begründet dies mit der Komplexität des Sachverhalts, den mangelnden Deutschkenntnissen des Beschwerdeführers und der aufwändigen Einholung der medizinischen Einschätzung der Behandler (act. G 21, 21.1). In der Honorarrechnung sind Stunden für Korrespondenz und Telefonate mit der Mandantschaft aufgeführt, die - nachdem das Mandatsverhältnis bereits im Vorbescheidverfahren bestand - in diesem Umfang nicht sachlich notwendig beziehungsweise durch die Fremdsprachigkeit des Beschwerdeführers bedingt gewesen sein dürften. Ein doppelter Schriftenwechsel entspricht dem Üblichen und während des Verfahrens traten keine gravierenden Entwicklungen oder Weiterungen des Sachverhalts ein. Die Rechtsschriften hatten wie in den meisten IV-Fällen die Beweiskraft des Gutachtens zum Gegenstand. Mit Blick darauf und auf vergleichbare Fälle erscheint eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 4'000.-- angemessen. Diese ist um einen Fünftel zu kürzen (Art. 31 Abs. 3 des Anwaltsgesetzes, sGS 963.70). Somit hat der Staat die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers pauschal mit Fr. 3'200.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen. Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP Die Beschwerde wird abgewiesen. Der Beschwerdeführer wird von der Bezahlung der Gerichtsgebühr in der Höhe von Fr. 600.-- zufolge unentgeltlicher Rechtspflege befreit. Der Staat entschädigt die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers zufolge unentgeltlicher Rechtsverteiständung mit Fr. 3'200.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer).

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