

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2019/289 vom 13. August 2021

Sg Versicherungsgericht, 2021-08-13, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2019_289

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2019/289 du 13 août 2021

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2019/289 del 13 agosto 2021

Regeste

Art. 7, 8 und 16 ATSG, Art. 28 IVG. Würdigung eines polydisziplinären Administrativgutachtens. Beweiskraft bejaht. Weitere Abklärungen sind nicht notwendig. Rechtmässige Verneinung des Rentenanspruchs (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 13. August 2021, IV 2019/289).

Volltext

Entscheid vom 13. August 2021 Besetzung Präsidentin Miriam Lendfers, Versicherungsrichter Joachim Huber und Versicherungsrichterin Marie Löhner; a.o. Gerichtsschreiberin Evelyne Hunziker Geschäftsnr. IV 2019/289 Parteien A.____, Beschwerdeführer, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rente Sachverhalt A.____ (nachfolgend: Versicherter) meldete sich am 14. April 2008 (Eingang IV-Stelle) unter Hinweis auf eine Depression bei der IV-Stelle des Kantons St. Gallen zum Leistungsbezug an (IV-act. 1). Er gab an, in seinem Heimatland den Beruf Sanitär- und Heizungsmonteur erlernt zu haben, seit dem 31. Juli 2007 arbeitslos zu sein und Arbeitslosenentschädigung zu beziehen. Seit dem 13. September 2007 bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (IV-act. 1). Abklärungen der IV-Stelle ergaben, dass aufgrund des instabilen Gesundheitszustandes des Versicherten keine beruflichen Integrationsmassnahmen möglich seien (IV-act. 14, 16, 18, 22). Nach Einholung von Verlaufsberichten erfolgte im Januar 2010 eine bidisziplinäre Untersuchung durch Ärzte des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD), Dr. med. B.____, Facharzt für Innere Medizin, Pneumologie, Arbeitsmedizin, und Dr. med. C.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie (IV-act. 46). Im Bericht von 26. April 2010 kamen diese Ärzte zum Schluss, dass aus psychiatrischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit von 30 % in angestammter und adaptierter Tätigkeit bestehe (IV-act. 46-21). Pneumologisch war eine abschliessende Beurteilung der Leistungsfähigkeit noch nicht möglich. Folgenden Diagnosen wurden Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zuerkannt: einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode (ICD-10 F33.0/1), einer andauernden Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung im Kindes- und Erwachsenenalter (politische Verfolgung und Folter, ICD-10 F62.0, IV-act. 46-16) sowie anamnestisch einem obstruktiven Schlafapnoe-Syndrom, einem Diabetes mellitus Typ IIb und einer arteriellen Hypertonie (IV-act. 46-8). Gestützt auf die RAD-Untersuchung wurden eine schlafmedizinische Behandlung und eine Diabetesbehandlung mit Ernährungsberatung angeordnet (vgl. IV-act. 49). Im Verlauf ergab sich ein weitgehend stabiler Gesamtzustand (vgl. insbesondere IV-act. 54-2 ff., 62, 78-2 f., 84). RAD-Arzt Dr. B.____ hielt am 29. Dezember 2011 fest, es sei auf die RAD-Untersuchung vom Januar 2010 und die festgestellte, psychiatrisch begründete Arbeitsunfähigkeit von 30 % in

angestammter und adaptierter Tätigkeit abzustellen (IV-act. 84). Gestützt darauf berechnete die IV-Stelle einen Invaliditätsgrad von 30 % und kündigte dem Versicherten mit Vorbescheid vom 25. Januar 2012 die Abweisung des Rentenbegehrens an (IV-act. 85 f.). Vom 27. Januar bis zum 28. Februar 2012 wurde der Versicherte in der Kantonalen Psychiatrischen Klinik D.____ stationär behandelt, nachdem er vom Universitätsspital E.____ "wegen Tablettenintoxikation in suizidaler Absicht" überwiesen worden sei (IV-act. 97). Am 21. Februar 2012 liess der Versicherte durch einen Sozialarbeiter der Psychiatrischen Klinik D.____ "Einsprache" gegen den Vorbescheid vom 25. Januar 2012 mit der Begründung erheben, er fühle sich in seinen psychischen Beschränkungen nicht erfasst (IV-act. 90). Im Auftrag der IV-Stelle erstattete das Ärztliche Begutachtungsinstitut GmbH, Basel (nachfolgend: ABI), am 10. Februar 2014 ein Gutachten in den Disziplinen Allgemeine Innere Medizin, Psychiatrie, Orthopädie, Pneumologie und Neuropsychologie (IV-act. 99 f.). Der internistische Sachverständige gab an, die internistischen Diagnosen (metabolisches Syndrom [ICD-10 E88.9], Mikrozytose [ICD-10 R71] und Leberwerterhöhung unklarer Ätiologie [ICD-10 R74.9]) würden keine Arbeitsunfähigkeit bedingen. Insbesondere hielt er fest, dass aus internistischer Sicht keine Hinweise dafür bestünden, dass die Arbeitsfähigkeit im Verlauf je längerfristig relevant eingeschränkt gewesen sei (IV-act. 110-9). Der psychiatrische Sachverständige stellte die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung mit Status nach schwerer depressiver Episode mit psychotischen Symptomen 2012 (ICD-10 F33.3), gegenwärtig leichtgradige Episode (ICD-10 F33.00), und nannte als Differentialdiagnose eine paranoide Schizophrenie (ICD-10 F20.0) mit sekundärem depressivem Zustand. Die psychische Störung beeinträchtige die Arbeitsfähigkeit zumindest um 50 %. Der seitens der Psychiatrischen Klinik D.____ am 26. März 2012 erfolgten Einschätzung eines schweren depressiven Syndroms mit psychotischen Symptomen stimmte der Sachverständige im Sinne einer Differentialdiagnose zu, eine schizophrene Störung sei aber zurzeit nicht wirklich auszuschliessen. Sollte sich die Diagnose einer Schizophrenie bestätigen, wäre die "einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) nahe Symptomatik" eher zurückzustellen (IV-act. 110-12 ff.). Der orthopädische Sachverständige stellte keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit würden beim Versicherten anamnestisch intermittierend auftretende Beschwerden an verschiedenen Lokalisationen des Bewegungsapparates, aktuell mit klinisch unauffälligem Befund (ICD-10 R52.1), bestehen. Der Versicherte habe angegeben, eine Ausbildung als "Sanitär" gemacht und in der Schweiz während vieler Jahre im Metallbau gearbeitet zu haben. Dabei handle es sich zwar um eine körperlich belastende Tätigkeit, jedoch liessen sich beim Bewegungsapparat keine wesentlichen Einschränkungen objektivieren, so dass der Versicherte gemäss dem Sachverständigen diese Tätigkeit auch weiterhin zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkt ausüben könnte (IV-act. 110-16). Der pneumologische Sachverständige bestätigte die Diagnosen eines schweren obstruktiven Schlafapnoesyndroms (ICD-10 G47.31) sowie eines Nikotinabusus (ICD-10 F17.1) und hielt fest, dass sich eine CPAP-Therapie bei einem schweren Schlafapnoesyndrom und Insomnie häufig als schwierig durchführbar erweise. Aufgrund der Anamnese und der Befunde seien keine selbst- und fremdgefährdenden Arbeiten möglich, worunter der Gutachter auch die angestammte Tätigkeit als Metallarbeiter subsumierte. Unter Berücksichtigung der Insomnie und Tagesmüdigkeit bestehe aus rein pneumologischer Sicht auch für alle anderen Tätigkeiten eine 20%-ige Arbeitsunfähigkeit, um dem Versicherten Erholungspausen zu ermöglichen (IV-act. 110-20). Aus neuropsychologischer

Sicht liessen sich keine eigentlichen Diagnosen stellen. Es würden sich sehr starke Verdeutlichungstendenzen beim Versicherten zeigen, sodass sich das aktuelle neuropsychologische Testprofil nicht direkt interpretieren lasse (IV-act. 110-23, 110-25). Insgesamt kamen die Sachverständigen zum Schluss, dass für die angestammte Tätigkeit als Metallarbeiter und andere selbst- und fremdgefährdende Arbeiten keine zumutbare Arbeitsfähigkeit mehr bestehe. Für andere Tätigkeiten bestehe eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 50 %, welche aus interdisziplinärer Sicht und über die Zeit gemittelt ab Januar 2012 anzunehmen sei (IV-act. 110-25 f.). Am 20. Februar 2014 notierte RAD-Arzt Dr. C.____, dem Gutachten vom 10. Februar 2014 könne gefolgt werden (IV-act. 111). Mit Vorbescheid vom 26. März 2014 kündigte die IV-Stelle dem Versicherten die Abweisung des Rentenbegehrens an. In der Invaliditätsbemessung anerkannte sie keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, da kein invalisierendes Leiden im Sinne des Gesetzes bzw. der bundesgerichtlichen Rechtsprechung bestehe (IV-act. 113 f.). Gegen den Vorbescheid vom 26. März 2014 (IV-act. 115) erhob der Versicherte am 11. April 2014 ohne Begründung Einwand (IV-act. 116). Die IV-Stelle verfügte am 26. Mai 2014 entsprechend dem Vorbescheid die Abweisung des Rentengesuchs (IV-act. 117). Diese Verfügung erwuchs unangefochten in Rechtskraft. Am 3. Juni 2016 gelangten Dr. med. F.____, Oberärztin, Stv. Leiterin Ambulatorium, und Dr. med. pract. G.____, Assistenzärztin, Psychiatrisches Zentrum H.____, mit einem formlosen Arztbericht an die IV-Stelle. Es gebe eine klare Veränderung der Diagnose beim Versicherten. Festgehalten wurde eine andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung, eine chronifizierte PTBS und eine rezidivierende depressive Symptomatik (ICD-10 F43.1; IV-act. 121). Die PTBS habe über die Jahre einen chronischen Verlauf genommen und sei in eine dauernde Persönlichkeitsveränderung übergegangen. Weder eine Tätigkeit im angestammten noch in einem angepassten Bereich auf dem ersten Arbeitsmarkt sei zumutbar (IV-act. 121-3). Aufgrund dessen meldete sich der Versicherte am 30. Juni 2016 (Eingang IV-Stelle) erneut zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (IV-act. 120). Am 2. September 2016 notierte die RAD-Ärztin med. pract. I.____, dass sich der Gesundheitszustand seit der Referenzsituation (Verfügung vom 26. Mai 2014, IV-act. 117; vgl. dazu Sachverhalt lit. A.g) relevant verändert habe, so dass auf das erneute Gesuch des Versicherten einzutreten sei (IV-act. 129-2). Nach Einforderung der Verlaufsberichte der behandelnden Ärzte notierte der RAD-Arzt Dr. C.____ am 22. März 2017, dass die Diagnose der Persönlichkeitsveränderung an sich nicht neu, sondern bereits anlässlich der RAD-Beurteilung am 26. Januar 2010 gestellt worden sei (IV-act. 146-2). Die eigentlich neue Diagnose sei die schwere sensomotorische axonale Schädigung des Nervus ulnaris links und die damit verbundenen neurologischen Einschränkungen an der linken Hand, welche am 1. März 2016 durch Dr. med. J.____, Leitender Arzt, und Prof. Dr. med. K.____, Muskelzentrum ALS Clinic des Kantonsspital St. Gallen (KSSG), diagnostiziert worden seien (vgl. IV-act. 133-2). Auf Empfehlung des RAD wurde erneut ein polydisziplinäres Gutachten in Auftrag gegeben (IV-act. 146 f.). Am 9. Oktober 2017 erstattete die medexperts ag, Interdisziplinäre Medizin, St. Gallen, ein Gutachten in den Disziplinen Allgemeine Innere Medizin, Neurologie, Neuropsychologie, Psychiatrie und Pneumologie (IV-act. 153). Der internistische Sachverständige hielt fest, dass sich die Adipositas infolge der Magenbypass-Operation im Mai 2017 in Richtung Normalisierung bewege und der Diabetes mellitus zurzeit optimal eingestellt sei, so dass aus internistischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit bestehe (IV-act. 153-41). Die beiden neurologischen Sachverständigen betätigten als Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit die axonale Neuropathie des

Nervus ulnaris links infolge eines chronischen Engpasssyndroms im Bereich des Sulcus nervi ulnaris links. Bei schwerem Sulcus ulnaris Syndrom links ergebe sich aus neurologischer Sicht eine vollständige Arbeitsunfähigkeit im angestammten Beruf. Keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe die Diagnose des beidseitigen Carpaltunnelsyndroms (IV-act. 153-47). Die neuropsychologische Sachverständige gab an, dass sich – neben Auffälligkeiten in der Symptomvalidierung – im Testverhalten des Versicherten und auch in den Testergebnissen Diskrepanzen ergeben hätten, die sich aus neuropsychologischer Sicht nicht allein durch Nebenwirkungen der Medikation, psychische Störungen, Schmerzen oder einen im Ausland erworbenen Bildungsgrad erklären liessen. Da hirnorganisch keine auffälligen Befunde erhoben worden seien, sei eine schwankende Anstrengungsbereitschaft des Versicherten eine mögliche Erklärung, wobei Aggravationstendenzen nicht ausgeschlossen werden könnten (IV-act. 153-29, vgl. auch IV-act. 154-6). Der psychiatrische Sachverständige diagnostizierte die Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen (ICD-10 F68.0) und eine nicht näher bezeichnete dissoziative Störung (ICD-10 F44.9), beides ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Bezüglich früherer Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit hielt er fest, dass diese auf Diagnosen basieren würden, welche aus psychiatrischer Sicht durch die vorliegende Expertise nicht bestätigt werden könnten (IV-act. 153-36). Pneumologisch wurde das schwere obstruktive Schlafapnoesyndrom als Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bestätigt. Die Symptomatik habe sich infolge der Magenbypass-Operation mit Abnahme von über 20 kg Körpergewicht deutlich verbessert (IV-act. 153-52). Insgesamt kamen die Sachverständigen zum Schluss, dass sich aufgrund des schweren Sulcus ulnaris Syndroms links eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit ergebe, welche seit dem 30. Juni 2015 anzunehmen sei. In einer dem neurologischen Leiden adaptierten Tätigkeit bestehe aus polydisziplinärer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Eine Persönlichkeitsveränderung liege gesamtgutachterlich nicht vor und es beständen Hinweise auf Aggravation/Simulation (Malingering) aufgrund prolongierter Gesundheitsschäden mit hohen Inkonsistenzen und Einnahme einer Krankenrolle (IV-act. 153-59, 153-61). Am 17. November 2017 notierte der RAD-Arzt Dr. med. L. ____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FHM, das Gutachten entspreche formal und inhaltlich den Anforderungen und es sei im Längsschnitt von einem stabilen Gesundheitszustand und voller Arbeitsfähigkeit des Versicherten in adaptierten Tätigkeiten auszugehen (IV-act. 155). Mit Vorbescheid vom 29. August 2018 kündigte die IV-Stelle die Abweisung des Begehrens um Rentenleistungen aufgrund eines Invaliditätsgrads von 0 % an (IV-act. 162). Am 4. September 2018 forderte der Versicherte, vertreten durch die Procap, die Akten zur Einsichtnahme an, die in der Folge zugänglich gemacht wurden (IV-act. 163 f.). Am 28. September 2018 liess der Versicherte Einwand gegen den Vorbescheid vom 29. August 2018 erheben (IV-act. 166). In der am 30. November 2018 eingereichten Einwandergänzung liess der Versicherte sinngemäss geltend machen, dass aus dem Gutachten nicht ersichtlich sei, warum er an keiner psychiatrischen Erkrankung leiden solle und warum die bis dahin gestellten Diagnosen in Frage gestellt würden, obwohl sich seine Situation chronifiziert habe (IV-act. 170). Mit dem Einwand wurden Berichte O. ____, Zentrum für Psychotraumatologie vom 20. November 2018 (IV-act. 170-5 ff.) und von der Psychiatrie M. ____, vom 27. November 2018 (IV-act. 170-3 ff.) eingereicht. Am 14. Januar 2019 notierte der RAD-Arzt Dr. L. ____, dass mit dem Einwand vom 30. November 2018 keine neuen wesentlichen medizinischen Erkenntnisse vorgebracht worden seien, welche im Rahmen des Gutachtens nicht bereits bekannt

gewesen wären. Aus formalen Gründen seien dennoch Rückfragen an die Sachverständigen zu stellen (IV-act. 171). Am 11. April 2019 nahm der psychiatrische Teilgutachter zu den vom Versicherten vorgebrachten Fragen Stellung (IV-act. 177). Der RAD bezeichnete diese Stellungnahme am 24. Juni 2019 als plausibel (IV-act. 178). Im Rahmen einer zweiten Anhörung kündigte die IV-Stelle dem Versicherten am 18. Juli 2019 das Festhalten am vorgesehenen Abweisungsentscheid an (IV-act. 179). Die am 6. August 2019 gewährte Nachfrist für eine weitere Stellungnahme liess der Versicherte ungenutzt verstreichen (IV-act. 189 f.), so dass die IV-Stelle am 2. Oktober 2019 gemäss dem Vorbescheid verfügte (IV-act. 181). Einem weiteren Gesuch um Akteneinsicht vom 8. Oktober 2019 wurde am 10. Oktober 2019 entsprochen (IV-act. 182 f.). Gegen die Verfügung der IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) vom 2. Oktober 2019 erhob der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer) am 31. Oktober 2019 Beschwerde und machte sinngemäss geltend, er sei mit der Verfügung nicht einverstanden. Er beantragte die Überprüfung seiner Invalidität, da keine Tätigkeit im ersten Arbeitsmarkt mehr möglich sei. Insbesondere bemängelte er die Beweiskraft des Gutachtens in psychiatrischer Hinsicht. So sei es für ihn unverständlich, dass der Gutachter seine psychische Erkrankung verneine. Das Gutachten sei nicht verwertbar, weil die Einschätzung nicht objektiv sei. Ferner ersuchte der Beschwerdeführer um unentgeltliche Rechtspflege (act. G 1, 4), welche am 9. Dezember 2019 gewährt wurde (Befreiung von den Gerichtskosten; act. G 6). Die Beschwerdegegnerin beantragte am 5. Dezember 2019 die Abweisung der Beschwerde. Das polydisziplinäre Gutachten der medexperts ag sei beweiskräftig und es würden keine Tatsachen oder Indizien vorgebracht, welche gegen die Zuverlässigkeit sprächen (act. G 5). Der Beschwerdeführer verzichtete auf die Einreichung einer Replik (act. G 7 f.).

Erwägungen Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Rente zu Recht verneint hat. Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) Versicherte, die: a. ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können; b. während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sind; und c. nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind. Als Invalidität gilt laut Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Nach Art. 28 Abs. 2 IVG besteht Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 % invalid ist. Liegt ein Invaliditätsgrad von mindestens 50 % vor, so besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % auf eine Viertelsrente. Um das Ausmass der Arbeitsunfähigkeit beurteilen und somit 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. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 mit Hinweisen). Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgericht die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Die Rechtsprechung hat es mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar erachtet, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b). Das im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholte Gutachten von externen Spezialärzten, die aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, besitzt bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b/bb). Zunächst ist die zwischen den Parteien umstrittene Frage zu beurteilen, ob die medizinische Aktenlage eine rechtsgenügende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers erlaubt. Die Beschwerdegegnerin stützt sich in der Verfügung im Wesentlichen auf das medexperts-Gutachten vom 9. Oktober 2017 (IV-act. 153, act. G 5). Das Gutachten basiert auf internistischen, psychiatrischen, pneumologischen, neuropsychologischen und neurologischen Untersuchungen, welche gesamtgutachterlich zum Schluss führten, dass der Beschwerdeführer in einer seinem neurologischen Leiden adaptierten Tätigkeit voll arbeitsfähig sei (IV-act. 153-61). Der Beschwerdeführer spricht dem medexperts-Gutachten die Beweiskraft ab und bestreitet, dass ihm eine 100%-ige Arbeitsfähigkeit in einem adaptierten Bereich möglich sei (act. G 1). In formeller Hinsicht erfüllt das Gutachten die von der Rechtsprechung aufgestellten Kriterien an ein voll beweiskräftiges Gutachten, basierend auf einer umfangreichen Anamnese und – soweit erkennbar – auf allseitigen Untersuchungen (vgl. IV-act. 153-6 ff.; BGE 125 V 351 E. 3a mit Hinweisen). Dies bestreitet auch der Beschwerdeführer nicht (vgl. zur Kenntnis und zum Einbezug aller bis zu diesem Zeitpunkt aufgelaufenen IV-Akten untenstehende E. 4.4). Als nächstes ist zu prüfen, ob das Gutachten auch in materieller Hinsicht überzeugt, d.h. ob die Beurteilung der medizinischen Situation und die Arbeitsfähigkeitsschätzung einleuchten. In Bezug auf diese Frage stehen gemäss Aktenlage somatische Beschwerden (siehe untenstehende E. 3) und psychische Beschwerden (siehe untenstehende E. 4) zur Diskussion. Nachdem im Jahr 2004 beim Beschwerdeführer eine schlaffragmentierende, schwergradige obstruktive Schlafapnoe diagnostiziert worden war, hatte er die Behandlung mittels CPAP-Gerät wegen massiver psychischer Komorbidität und Maskeninakzeptanz abgebrochen (IV-act. 62). Da eine erneute CPAP-Behandlung vom Beschwerdeführer kategorisch abgelehnt wurde, erfolgte eine Therapie mittels Unterkiefer-Protrusionsschiene, welche langfristig ebenfalls keinen Erfolg brachte (IV-act. 35-4). Ein erneuter CPAP-Behandlungsversuch führte im Mai 2011 zu einer relativ befriedigend ausfallenden Therapie- und Compliance-Kontrolle (vgl. IV-act. 78-2). Eine deutliche, jedoch nicht objektivierte Besserung hat sich erst nach der Magenbypass-Operation im Mai 2017 und der damit einhergehenden Gewichtsabnahme von über 20 kg eingestellt, wie der pneumologische Teilgutachter der medexperts erwähnte (vgl. IV-153-50 f./ Ziff. 7.4.1). Er

hielt fest, dass der Beschwerdeführer sich im Alltag deutlich weniger schläfrig fühle, und schlussfolgerte, dass die Schlafapnoe keine Arbeitsunfähigkeit bedinge. Eine adaptierte Tätigkeit sollte gemäss dem Gutachter daher keine gefährlichen Situationen, welche eine hohe Konzentration erfordern, beinhalten. Aus Sicht des Beschwerdeführers stelle die pneumologische Situation ebenfalls kein Problem dar (IV-act. 153-61/ Ziff. 7.6.3 ff.). Da der Beschwerdeführer in Bezug auf die pneumologische Situation keine einschränkenden Beschwerden geltend macht, die medizinischen Feststellungen nicht bestreitet und das Gutachten diesbezüglich schlüssig und plausibel erscheint, kann darauf abgestellt werden. Im Juni 2015 gab der Beschwerdeführer an, seit ungefähr einem Jahr langsam zunehmende Beschwerden (fehlende Berührungsempfindungen, Kraftlosigkeit, unwillkürliche Beugung des Ring- und Kleinfingers) in der linken Hand zu haben (IV-act. 133-9 ff.), worauf eine schwerstgradige axonale Schädigung des Nervus ulnaris links und eine sensomotorische Demyelinisierung der Nervi medianorum links und rechts im Carpaltunnel-Bereich festgestellt wurden (IV-act. 133-2). Nach einer im Oktober 2015 durchgeführten Operation kam es zu einer teilweisen Besserung der motorischen Funktionen, die Berührungsempfindungen verbesserten sich jedoch kaum (vgl. 153-45/ Ziff. 6.4.1). Demgegenüber gab der Beschwerdeführer im Rahmen der Begutachtung an, im Alltag oft gar nicht mehr zu bemerken, dass mit der linken Hand etwas nicht stimme (vgl. IV-act. 153-43/ Ziff. 6.2.1). Der neurologische Gutachter und die neurologische Gutachterin konnten die in den Vorakten gestellten Diagnosen vollumfänglich nachvollziehen, da diese mit dem aktuellen neurologischen Untersuchungsbefund korrespondieren würden (IV-act. 153-46/ Ziff. 6.4.2). Aus neurologischer Sicht wurden als die Arbeitsfähigkeit beeinflussend eine axonale Neuropathie des Nervus ulnaris links (infolge eines chronischen Engpasssyndroms im Bereich des Sulcus nervi ulnaris links) und ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ein beidseitiges Carpaltunnelsyndrom diagnostiziert, woraus sich gesamthaft eine vollständige Arbeitsunfähigkeit im angestammten Beruf ergebe. Idealerweise sei eine adaptierte Tätigkeit nicht abhängig von der Funktion der linken Hand. Diese könne jedoch zur Unterstützung eingesetzt werden (IV-act. 153-47 f./ Ziff. 6.5.1, 6.6.4). Als Handicaps beständen die residuale sensomotorische Einschränkung nach der Schädigung des Nervus ulnaris links, der Migrationshintergrund mit eingeschränkten Sprachkenntnissen und das beschränkte soziale Netzwerk des Beschwerdeführers. Als Ressource bezeichneten die Gutachterin und der Gutachter den im Übrigen normalen neurologischen Status. In einer seinen neurologischen Leiden angepassten Tätigkeit sei der Beschwerdeführer voll arbeitsfähig (IV-act. 153-47/ Ziff. 6.4.4 ff.). Damit übereinstimmend gab der Beschwerdeführer selbst an, im Hinblick auf die linke Hand keine relevanten Einschränkungen im Alltag und in Bezug auf eine berufliche Tätigkeit zu sehen (IV-act. 153-48/ Ziff. 6.9). Der Beschwerdeführer macht in Bezug auf die linke Hand auch im Rahmen der Beschwerde keine Einschränkungen geltend und bestreitet die medizinischen Feststellungen nicht (Diagnosen, Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit in einer geeigneten Tätigkeit samt deren Profil [z.B. Tätigkeiten ohne feinmotorische anspruchsvolle oder körperlich schwere Tätigkeiten mit der linken Hand]). Diesbezüglich erscheint das Gutachten schlüssig und plausibel. Die neurologische Einschätzung wurde überdies im Rahmen der Konsensbeurteilung übernommen. Insgesamt kann darauf abgestellt werden. Ältere Berichte belegen weitere somatische Beschwerden des Beschwerdeführers und dokumentieren dermatologische und endokrinologische Untersuchungen (vgl. IV-act. 47-5 f., 54-12 f., 45-5, 75, Fremdakten 1-1 ff.). Dazu ergaben sich im Rahmen des Gutachtes jedoch keine somatischen Diagnosen. Entsprechende Beschwerdeangaben des

Beschwerdeführers wurden von den somatischen Begutachtenden sodann nicht protokolliert. Auch den offenbar in umfassender Weise durch den psychiatrischen Hauptgutachter der medexperts vom Beschwerdeführer erbetenen subjektiven Schilderungen der aktuellen Beschwerden und des bisherigen Verlaufs der gesundheitlichen Beeinträchtigungen sind keine spezifischen aktuellen somatischen Beschwerden zu entnehmen (vgl. IV-act. 153-26/ Ziff. 3.3.1, 154-2). Der internistische Gutachter hielt sodann explizit fest, dass keine Erkrankungen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beständen, da der Diabetes mellitus optimal eingestellt sei und sich die Adipositas seit der Magenbypass-Operation ebenfalls in Richtung Normalisierung bewege (dennoch sei eine Gewichtsreduktion weiterhin empfohlen; IV-act. 153-40 ff.). Das Gutachten ist diesbezüglich schlüssig und plausibel, so dass darauf abgestellt werden kann. Vom Beschwerdeführer wird zentral die Beweiskraft des psychiatrischen Teilgutachtens bestritten. Er macht diesbezüglich geltend, aus psychischen Gründen in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt zu sein. Es sei für ihn unverständlich, dass der Gutachter seine psychische Erkrankung verneine (act. G 1). Er erwähnt jedoch keine konkreten medizinischen Aspekte, die von den Gutachtern unerkannt geblieben wären. Was die vom Beschwerdeführer bestrittene Objektivität des Gutachtens betrifft, ist darauf hinzuweisen, dass die psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann. Sie eröffnet dem begutachtenden Psychiater oder der begutachtenden Psychiaterin deshalb praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinische-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern die Expertise lege artis erstellt wurde (Urteil des Bundesgerichts vom 5. April 2019, 9C_668/2018, E. 3.5 mit Hinweisen). In der Beschwerdeschrift erwähnt der Beschwerdeführer, der Gutachter habe ihn nur kurz gesehen. Dazu ist festzuhalten, dass der zu betreibende zeitliche Aufwand der konkreten Fragestellung und der zu beurteilenden Psychopathologie angemessen sein muss (Urteile des Bundesgerichts vom 9. Mai 2017, 9C_44/2017, E. 4.3; vom 20. Februar 2014, 8C_767/2013, E. 6.1; jeweils mit Hinweisen). Mit Blick auf die umfangreichen berücksichtigten Vorakten erscheint der für die psychiatrische Begutachtung betriebene zeitliche Untersuchungsaufwand (Untersuchungsdauer von 8.30 bis 10.20 Uhr, IV-act. 153-25/ Ziff. 3.1) hinreichend. Für den Aussagegehalt eines medizinischen Gutachtens kommt es überdies in erster Linie darauf an, ob die Expertise inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist. Trifft dies zu, ist die Untersuchungsdauer grundsätzlich nicht entscheidend (Urteile des Bundesgerichts vom 14. Mai 2019, 9C_190/2019, E. 3.1; vom 15. März 2016, 8C_47/2016, E. 3.2.2; jeweils mit Hinweisen). Im Übrigen liegt es in der Natur der Sache, dass eine psychiatrische Begutachtung sich nicht auf einen gleich langen Beobachtungszeitraum stützen kann wie die Berichte behandelnder Fachleute. Dies allein vermag den Beweiswert einer Expertise nicht zu schmälern. Vom Beschwerdeführer werden sodann aufgrund seiner psychischen Erkrankung Einschränkungen im Alltag geltend gemacht. Nur dank der Unterstützung der psychiatrischen Spitex sowie der psychiatrischen Behandlung gelinge es ihm, wenigstens zuhause ein bisschen Struktur aufrecht zu erhalten (act. G 1). Der das psychiatrische Teilgutachten verfassende Dr. med. N. ____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte beim Beschwerdeführer, jeweils ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, eine Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen und eine nicht näher bestimmte dissoziative Störung. Gemäss Dr. N. ____, richtete sich die bisherige Behandlung des Beschwerdeführers nach einer Fehldiagnose (depressive Episoden und posttraumatische Belastungs- oder

Persönlichkeitsstörung nach Extrembelastung). Durch die externalen Reize im Rentenverfahren sei der Beschwerdeführer in seiner eingenommenen Krankenrolle mit sekundärem Krankheitsgewinn verstärkt (gemeint wohl: bestärkt) worden (vgl. IV-act. 153-34). Dr. N. ___ befasste sich ausführlich mit der Herleitung der obgenannten Diagnosen und begründete diese unter Würdigung der Vorakten. So merkte er an, dass die seitens des Psychiatrischen Zentrums H. ___ attestierte volle Arbeitsunfähigkeit (gemeint ist offenbar jene gemäss Bericht vom 28. September 2010, vgl. IV-act. 153-13, 60-6) auf neurologischen Befunden von 2008 basiere und dies aus psychiatrischer-versicherungsmedizinischer Sicht nicht nachvollziehbar sei. Rückblickend werde ein verworrenes Bild dargeboten, "ohne klare depressive Störung, ohne klare posttraumatische Belastungsstörung und 'mit ausgeprägten kognitiven Defiziten auf Niveau einer Intelligenzminderung', was diagnostisch nicht klar einzustufen ist" (IV-act. 153-31). Dieselben Vorbefunde diskutierte vergleichbar auch die neuropsychologische Gutachterin. Diese stellte zudem fest, dass die kognitiven Untersuchungen in den Jahren 2008 und 2012 von Psychologen ohne besondere neuropsychologische Expertise bzw. Fachtitel durchgeführt worden seien und der dannzumal durchgeführte Test zur Symptomvalidierung als nicht ausreichend angesehen werde. Aufgrund dessen komme den neuropsychologischen Vorbefunden nur eingeschränkte Aussagekraft zu (IV-act. 154-5). Dass kein Dolmetscher hinzugezogen worden sei, schränke die Validität der Vorbefunde und deren Aussagekraft zusätzlich ein (IV-act. 154-5 f.). Ebenfalls nachvollziehbar ist die Aussage von Dr. N. ___, dass das Diagnose-Bild verworren sei (vgl. vorstehende E. 4.2.1). Den Akten lässt sich überdies kein eigentlich klarer Therapie- bzw. Behandlungsplan entnehmen. Zwar nahm der Beschwerdeführer über die Jahre immer wieder therapeutische Optionen in Anspruch, wiederholt kam es jedoch zu Behandlungsabbrüchen und langen Therapiepausen, deren Gründe nicht hinreichend dokumentiert wurden. Eigentliche Behandlungserfolge sind nicht ersichtlich. Die anlässlich der Begutachtung veranlasste Blutserumkontrolle ergab, dass das Neuroleptikum Lurasidon nicht im therapeutischen Bereich nachweisbar war. Der Wert des Medikaments Sertralin, das offenbar insbesondere bei leichten bis mittelschweren Depressionen oder zur Unterdrückung weiterer depressiver Episoden eingesetzt wird (vgl. dazu Arzneimittel-Kompendium "compendium.ch", abgerufen am 29. Juni 2021), lag lediglich im unteren therapeutischen Bereich (IV-act. 154-8, 153-29). Auch dies lässt nicht auf einen erheblichen Leidensdruck schliessen. Dr. N. ___ setzte sich sodann mit der Konsistenz auseinander und merkte an, dass erhebliche Diskrepanzen zwischen geschilderten Symptomen, dem Verhalten und den objektivierbaren Befunden beständen, da der Beschwerdeführer – abgesehen von den Verdeutlichungstendenzen – psychopathologisch beinahe unauffällig sei. Zusätzlich weise die neuropsychologische Untersuchung auf ein Aggravationsverhalten hin (IV-act. 153-34/ Ziff. 4.3.3). Aus dem neuropsychologischen Teilgutachten geht in der Beurteilung hervor, dass sich – neben Auffälligkeiten in der Symptomvalidierung – im Testverhalten des Versicherten und auch in den Testergebnissen Diskrepanzen ergeben hätten, die sich aus neuropsychologischer Sicht nicht allein durch Nebenwirkungen der Medikation, psychische Störungen, Schmerzen oder einen im Ausland erworbenen Bildungsgrad erklären liessen. Da hirnorganisch keine auffälligen Befunde erhoben worden seien, sei eine schwankende Anstrengungsbereitschaft des Versicherten eine mögliche Erklärung, wobei Aggravationstendenzen nicht ausgeschlossen werden könnten (IV-act. 153-29, vgl. auch IV-act. 154-6). Das aktuelle kognitive Leistungsvermögen des Beschwerdeführers habe sich nicht abschliessend beurteilen lassen, da nicht authentische kognitive

Funktionsstörungen objektiviert worden seien, ohne die Möglichkeit, davon authentische kognitive Störungen mit genügender Wahrscheinlichkeit abgrenzen zu können (IV-act. 153-29/ Ziff. 4.2). Dr. N.____ würdigte im Rahmen des Gutachtens die Aussagen des Beschwerdeführers betreffend den sozialen Kontext (vgl. BGE 141 V 303 f., E. 4.3.3) und stellte fest, dass keine Einschränkungen beständen, welche auf eine psychische Störung zurückzuführen wären. Der Beschwerdeführer könne sich ohne Einschränkungen um den Haushalt kümmern, er gehe auch selbst einkaufen und habe regelmässigen sozialen Kontakt (IV-act. 153-34/ Ziff. 4.3.3). Gutachterlich wird im Rahmen der subjektiven Angaben des Beschwerdeführers festgehalten, dass dieser trotz der Schmerzen in den Händen im Haushalt alles selber erledige. Er kaufe ein und bereite sich das Mittagessen und weitere Mahlzeiten selbst zu (vgl. IV-act. 153-26/ Ziff. 3.1.3). Hilfestellungen oder benötigte Unterstützung im Haushalt bzw. Alltag werden vom Beschwerdeführer weder im Rahmen seiner Beschwerde noch in den Schilderungen zum Tagesablauf bei der Begutachtung erwähnt. Zwar ist den Akten zu entnehmen, dass seit 2008 zur Unterstützung beim Führen des Haushalts sowie zur Erledigung finanzieller und administrativer Angelegenheiten eine ambulante psychiatrische Spitexbetreuung bestehe (vgl. IV-act. 27-3/ Ziff. 7, 170-3). Wie diese Unterstützung im Einzelnen aussieht, wird jedoch nicht beschrieben. Es ist daher nicht ersichtlich und nicht nachvollziehbar, wie sich die geltend gemachten Auswirkungen der psychischen Gesundheitsbeeinträchtigung konkret im Alltag manifestieren. Ausreichend konkrete Hinweise darauf, dass der Unterstützungsbedarf von Dr. N.____ unterschätzt worden wäre, liegen jedenfalls nicht vor. Von Dr. N.____ wird festgehalten, dass der Beschwerdeführer regelmässigen Kontakt zu Familienangehörigen pflege (IV-act. 153-25/ Ziff. 3.1.1, 153-26/ Ziff. 3.1.3, 153-34/ Ziff. 4.3.3), auch Kollegen werden erwähnt (IV-act. 153-43). Die Beurteilung von Dr. N.____, dass der Beschwerdeführer zwar alleine, aber keinesfalls zurückgezogen lebe, ist daher nachvollziehbar. Dass sich aus den geltend gemachten psychischen Beeinträchtigungen insgesamt deutliche funktionelle Einschränkungen ergäben, die sich relevant auf das Aktivitätsniveau auswirken würden (vgl. dazu sinngemäss BGE 141 V 289 f., E. 4.3.1.1), ist nicht erstellt. Kurz vor der medexperts-Begutachtung hatte sich der Beschwerdeführer vom 16. bis 27. Juni 2017 stationär in der Krisenintervention des Psychiatrischen Zentrums H.____ aufgehalten (IV-act. 151). Davon hatten die medexpert-Gutachter offenbar keine Kenntnis, was einen gewissen Mangel am Gutachten darstellt. Im Gesamtkontext lösen dieser Aufenthalt und der Bericht darüber vom 21. Juni 2017 (richtig wohl: 27. Juni 2017) jedoch keine relevanten Zweifel an der Zuverlässigkeit der Einschätzung von Dr. N.____ aus. Damals, also lediglich zwei Monate vor der Begutachtung, war zwar eine schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen diagnostiziert worden. Im Bericht werden eine Abänderung der neuroleptischen Medikation und eine Verbesserung der Symptomatik erwähnt. Der Beschwerdeführer wünsche keinen weiteren stationären Aufenthalt (IV-act. 151). Die im Bericht erwähnte Medikation wurde im Begutachtungszeitpunkt offenkundig nicht mehr oder jedenfalls nicht mehr im beschriebenen Ausmass eingenommen (vgl. IV-act. 151-1 verglichen mit 153-28 f.). Da Dr. N.____s Beschreibung des Psychostatus zudem jedenfalls keine schwere Depressivität mehr erkennen lässt – bewusstseinsklar, allseits orientiert; das Denken neige zur Eineigung auf die erlebten Ungerechtigkeiten, dabei poche er auf seine Rechte; Konzentrationsvermögen, Aufmerksamkeit und Auffassung unauffällig; Bericht von Beziehungs- und Beeinträchtigungsideen ohne wahrnehmbaren Leidensdruck, keine Wahnstimmung spürbar; Affekt meistens dysphorisch bei doch noch ausreichender Modulationsfähigkeit; Darstellung der Symptome wirke dramatisch, mit lebhafter Mimik

und Gestik, gehobenem Antrieb, verdeutlicht (IV-act. 153-29) –, löst auch der Bericht der Krisenintervention vom 21. Juni 2017 keine relevanten Zweifel am Ergebnis der Begutachtung aus. Mit dem Einwand vom 30. November 2018 reichte der Beschwerdeführer Berichte der behandelnden Traumatherapeutinnen der O.____ vom 20. November 2018 und der behandelnden Fachpersonen der Psychiatrie M.____ vom 27. November 2018 ein. Diese waren zum Begutachtungszeitpunkt noch nicht erstellt, nehmen aber zum Gesundheitszustand des Beschwerdeführers vor dem Begutachtungszeitpunkt Stellung. Der Beschwerdeführer gab im Rahmen der medexperts-Begutachtung an, eine Foltertherapie bei O.____ begonnen zu haben (IV-act. 153-27). Ein Bericht darüber lag den Gutachtern nicht vor und wurde von diesen offenbar auch nicht erhältlich gemacht. Zwischen Mai und November 2014 hatte der Beschwerdeführer an zwei Tagen wöchentlich die psychiatrische Tagesklinik O.____, Zentrum für Psychotraumatologie besucht. Im Bericht vom 20. November 2018 über diese Therapie sowie eine anschliessende, bis 8. Juli 2015 durchgeführte ambulante psychotherapeutische traumaspezifische Behandlung (mit Unterbrechung) wurde festgehalten, dass Informationen und angepasste Psychoedukation zur PTBS zu keinem vertieften Verständnis oder zum Einlassen auf einen längerdauernden psychotherapeutischen Entwicklungsprozess geführt hätten. Im Bericht wird eine PTBS erwähnt und eine Arbeitsfähigkeit in Frage gestellt (vgl. IV-act. 170-5 ff.). Den früheren Akten ist zu entnehmen, dass die Diagnose PTBS bereits im Rahmen des stationären Aufenthaltes in der psychiatrischen Tagesklinik St. Gallen im Juli 2008 (vgl. IV-act. 27-3) in Erwägung gezogen und 2010 im Bericht über die RAD-Untersuchung aufgegriffen und diskutiert, jedoch als eigentliche Diagnose nicht gestellt worden war. Im Rahmen der RAD-Untersuchung 2010 hatten weder der Verdacht auf eine PTBS entsprechend den ICD-/DSM-IV-Kriterien klinisch-deskriptiv noch die Auslöseursache für eine Anpassungsstörung begründend dargestellt werden können. Die RAD-Gutachter führten in ihrem Bericht aus, dass die blosser Erinnerung an Folter und Terror nicht eo ipso den Verdacht auf eine PTBS begründe (vgl. IV-act. 46-18). Ebenfalls hätten zum Zeitpunkt des ABI-Gutachtens von 2014 keine charakteristischen Symptome für eine PTBS vorgelegen (vgl. IV-act. 153-32, 110-12/ Ziff. 4.1.4). In Würdigung dieser Vorakten hielt Dr. N.____ in der polydisziplinären Zusammenfassung fest, dass eine PTBS-Diagnose bereits 2010 nicht gestellt worden sei, und führte nachvollziehbar aus, dass eine Diagnose mit einer Latenz von über 20 Jahren sehr unwahrscheinlich sei, da der Beschwerdeführer während dieser Zeit ebenfalls keine weiteren Symptome einer PTBS gezeigt habe (vgl. IV-act. 153-59). Sodann sind solche auch nicht hinreichend dokumentiert. Die Auseinandersetzung von Dr. N.____ mit der PTBS-Thematik erscheint insgesamt als ausreichend und im Ergebnis plausibel. Seitens der O.____ werden im Bericht vom 20. November 2018 keine neuen Faktoren oder sonstigen Argumente vorgebracht, die relevante Zweifel am Ergebnis der Begutachtung auszulösen vermöchten. Im Bericht der Psychiatrie M.____ vom 27. November 2018 wird das Vorliegen aller Diagnosekriterien für die andauernde Persönlichkeitsänderung hergeleitet und neben der entsprechenden Diagnose eine rezidivierende depressive Symptomatik, mittelgradige Episode, diagnostiziert. Der im Bericht ebenfalls erwähnte abgeflachte Affekt und die deutlich eingeschränkte Schwingungsfähigkeit des Beschwerdeführers (IV-act. 170-3) wurden im Begutachtungszeitpunkt offensichtlich nicht im gleichen Masse wahrgenommen (vgl. IV-act. 153-29, 153-33). Im Bericht vom 27. November 2018 wird sodann das "wahnhaftes Erleben" des Beschwerdeführers thematisiert (IV-act. 170-3), während zum

Begutachtungszeitpunkt jedoch keine Wahnstimmung spürbar gewesen war bzw. die Darstellung des Beschwerdeführers auf Dr. N.____ dramatisiert und verdeutlicht gewirkt hatte (IV-act. 153-29). Ebenfalls brachten die behandelnden Fachpersonen keine objektiv feststellbaren Gesichtspunkte vor, welche im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung unerkannt geblieben und geeignet gewesen wären, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen (vgl. statt vieler: Urteile des Bundesgerichts vom 3. März 2017, 9C_793/2016, E. 4.1.2; vom 21. Februar 2017, 9C_338/2016, E. 5.5; jeweils mit Hinweisen). Nach dem Gesagten löst auch der Bericht der Psychiatrie M.____ vom 27. November 2018 keine relevanten Zweifel am Ergebnis der Begutachtung aus. Der psychiatrische RAD-Arzt Dr. L.____ verneinte in Würdigung der nach der Begutachtung erstellten Berichte vom 27. November 2018 und 20. November 2018 neue wesentliche medizinische Erkenntnisse. Er hielt nachvollziehbar fest, dass selbst bei Vorliegen einer andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung das im Gutachten beschriebene Funktionsniveau unverändert imponiere (vgl. dazu detaillierter IV-act. 171-2). Plausibel erwähnte er überdies einerseits die zu den Einschätzungen der behandelnden Fachpersonen nicht passenden psychopathologischen Eindrücke, die Dr. N.____ festgehalten hatte, und andererseits die Auffälligkeiten in der neuropsychologischen Testung. Aus formalen Gründen liess RAD-Arzt Dr. L.____ dennoch medizinische Rückfragen zum Gutachten stellen (vgl. IV-act. 171 ff.,175; vgl. dazu im Sachverhalt lit. B.f). Als Rückfrage brachte Dr. L.____ das in den Berichten vom 20. und 27. November 2018 vorgebrachte Auftreten von Abspaltungs- oder Dissoziationsprozessen ein (vgl. IV-act. 170-4, 170-7). Im Bericht vom 20. November 2018 schrieben die behandelnden Fachpersonen die uneinheitlichen Diagnosen einerseits den eigenen Ansichten und Vorstellung von Realität und Wirkungszusammenhängen des Beschwerdeführers und andererseits dem zusätzlich immer wieder auftretenden Abspaltungs- und Dissoziationsprozess zu. Dies habe dazu geführt, dass gewisse Inhalte vom Beschwerdeführer in den jeweiligen Untersuchungen nicht oder nicht besser (im Einklang mit den Vorgängen eines Ganser-Syndroms) hätten verbalisiert werden können (vgl. IV-act 170-7). Demgegenüber hielt der Gutachter fest, dass sich der Beschwerdeführer zum Begutachtungszeitpunkt, abgesehen von einer gewissen Dramatik bzw. Verdeutlichung, psychopathologisch beinahe unauffällig gezeigt habe (IV-act. 153-34). Die bestehende querulatorische Tendenz des Beschwerdeführers wertete Dr. N.____ auch nach Kenntnisnahme der Berichte vom 20. und 27. November 2018 ebenso wie die weiteren Befunde (Schlafstörungen, Reizbarkeit, Konzentrationsstörungen, das Gefühl verfolgt und beobachtet zu werden, etc.) eher als Ausdruck von Enttäuschung, Verbitterung und Unzufriedenheit mit dem Lauf seines Lebens (IV-act. 177-2/ Frage 3). Diese Auffassung überzeugt auch vor dem Hintergrund der in E. 4.2.3 erwähnten Diskrepanzen. Überdies legte Dr. N.____ bereits im Gutachten die Schwierigkeit der Unterscheidung zwischen Simulations- und Aggravationssymptomen und Abspaltungs- oder dissoziativen Prozessen offen. Offenbar hielt Dr. N.____ nach dem Gesagten aber das Vorliegen von Abspaltungs- oder dissoziativen Prozessen beim Beschwerdeführer nicht für überwiegend wahrscheinlich. Dies ist auch vor dem Umstand nachvollziehbar, dass die Darstellung der Symptome des Beschwerdeführers, insbesondere die erlebten Ungerechtigkeiten, vom Gutachter als "dramatisch, mit lebhafter Mimik und Gestik, gehobenem Antrieb, verdeutlicht" beschrieben wurden (vgl. IV-act. 153-29). Konkrete Hinweise darauf, dass der Spielraum für die medizinische-psychiatrische Interpretation von Dr. N.____ überschritten worden wäre, liegen jedenfalls nicht vor (vgl. vorstehende E. 4.1). Im Licht dieser Verhältnisse ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass keine

psychische Gesundheitsbeeinträchtigung ausgewiesen und von weiteren medizinischen Abklärungen auch keine verlässlichere Arbeitsfähigkeitsschätzung zu erwarten ist (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. BGE 122 V 157, E. 1d; Urteil des Bundesgerichts vom 7. August 2008, 9C_164/2008, E. 4.3). Dem Antrag des Beschwerdeführers, seine Invalidität sei neu zu überprüfen, ist folglich nicht stattzugeben. Das Valideneinkommen des Beschwerdeführers dürfte den Tabellenlohn der Lohnstrukturerhebung für Hilfsarbeiter zwar übersteigen (vgl. IV-act. 15). Bei uneingeschränkter Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit ergibt sich dennoch und selbst bei Gewährung eines Abzugs vom Tabellenlohn – dessen Höhe offengelassen werden kann – kein rentenbegründender Invaliditätsgrad, sodass die genaue Invaliditätsbemessung unterbleiben kann. Nach dem Gesagten ist die angefochtene Verfügung nicht zu beanstanden und 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 in der Höhe von Fr. 600.-- aufzuerlegen. Zufolge unentgeltlicher Rechtspflege (Befreiung von den Gerichtskosten) ist er von der Bezahlung zu befreien. Eine Partei, der die unentgeltliche Rechtspflege gewährt wurde, ist zur Nachzahlung verpflichtet, sobald sie dazu in der Lage ist (Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung [ZPO; SR 272] i.V.m. Art. 99 Abs. 2 des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege [VRP; sGS 951.1]). Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP Die Beschwerde wird abgewiesen. Die Gerichtsgebühr in Höhe von Fr. 600.-- wird dem Beschwerdeführer auferlegt. Zufolge unentgeltlicher Rechtspflege wird er von deren Bezahlung befreit.

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