

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2020/1 vom 15. Dezember 2022

Sg Versicherungsgericht, 2022-12-15, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2020_1

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2020/1 du 15 décembre 2022

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2020/1 del 15 dicembre 2022

Regeste

Art. 28 IVG. Art. 16 ATSG. Art. 43 Abs. 1 ATSG. Rentenanspruch. Invalidenrente. Würdigung eines Gerichtsgutachtens (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 15. Dezember 2022, IV 2020/1).

Volltext

Entscheid vom 15. Dezember 2022 Besetzung Präsident Ralph Jöhl, Versicherungsrichterin Karin Huber-Studerus, Versicherungsrichter Michael Rutz; Gerichtsschreiber Tobias Bolt Geschäftsnr. IV 2020/1 Parteien A. ____, Beschwerdeführer, vertreten durch Fürsprecher lic. iur. Daniel Küng, Anwaltskanzlei St. Jakob, St. Jakob Strasse 37, 9000 St. Gallen, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand IV-Leistungen Sachverhalt A. ____, meldete sich im März 2011 zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (IV-act. 1). Er gab an, er habe keine berufliche Ausbildung absolviert und er sei in den letzten Jahren nicht erwerbstätig gewesen, nachdem er bei früheren Anstellungen „immer wieder die Kündigung bekommen“ habe. Der Allgemeinmediziner Dr. med. B. ____, gab gegenüber Dr. med. C. ____, vom IV-internen regionalen ärztlichen Dienst (RAD) am 21. März 2011 telefonisch an (IV-act. 9), der Versicherte leide an einer Depression und an einer Angststörung. Er lebe sozial isoliert. Er lehne die Einnahme von Psychopharmaka ab. Seine Arbeitsfähigkeit sei nicht eingeschränkt. Er habe immer wieder versucht zu arbeiten, die Arbeitsstellen aber jeweils schon nach kurzer Zeit wieder verloren. Mit einer Verfügung vom 20. Juni 2011 wies die IV-Stelle das Begehren um berufliche Massnahmen und das Rentenbegehren ab (IV-act. 17). Am 29. September 2011 wurde der nun anwaltlich vertretene Versicherte unter Hinweis auf Verletzungen, die er sich bei einer Auseinandersetzung Ende August 2011 zugezogen habe, erneut zum Leistungsbezug angemeldet (IV-act. 21 und 26). Im Auftrag der IV-Stelle erstattete Dr. med. D. ____, am 19. Dezember 2012 ein psychiatrisches Gutachten (IV-act. 74–1 ff.). Er hielt fest, diagnostisch bestehe nur ein Verdacht auf eine die Arbeitsfähigkeit des Versicherten nicht beeinträchtigende Dysthymia. Im Rahmen der Untersuchung hätten keinerlei Hinweise auf eine organische psychische Störung, auf eine Schizophrenie, auf eine schizotype oder auf eine wahnhaftige Störung festgestellt werden können. Die behandelnden Ärzte hätten teilweise nächtliche Halluzinationen erwähnt, aber der Versicherte habe in der aktuellen Untersuchung angegeben, dass er nur im Schlaf eine Stimme höre, die zu ihm spreche. Wenn er wach sei, höre er diese Stimme nicht mehr. Aus psychiatrischer Sicht handle es sich bei diesem Phänomen nicht um eine Halluzination. Im Rahmen der aktuellen Untersuchung sei die Grundstimmung euthym gewesen. Die affektive Modulationsfähigkeit sei nicht eingeschränkt gewesen. Selbst unter Berücksichtigung der subjektiven Angaben des Versicherten zu depressionstypischen

Symptomen seien die Kriterien für die Diagnose einer depressiven Episode nicht erfüllt. Hinweise auf eine neurotische Störung, auf eine Belastungsstörung oder auf eine somatoforme Störung hätten nicht festgestellt werden können. Insbesondere habe der Versicherte auch keine Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung geklagt, die von den behandelnden Ärzten teilweise diagnostiziert worden sei. Aus psychiatrischer Sicht sei der Versicherte zusammenfassend uneingeschränkt arbeitsfähig. Der Neuropsychologe Dr. phil. E.____ hatte in einer „Beurteilung der Motivation zur sozialversicherungsrechtlichen Abklärung“ vom 12. Dezember 2012 zuhanden von Dr. D.____ ausgeführt, aufgrund der erzielten Ergebnisse in den neuropsychologischen Tests bestehe ein hinreichender Verdacht auf eine Simulation von geltend gemachten neurokognitiven Einschränkungen (IV-act. 74–35 ff.). Nachdem die IV-Stelle dem Versicherten die Abweisung des Leistungsbegehrens angekündigt hatte (IV-act. 93), liess dieser einen Austrittsbericht der Psychiatrischen Klinik F.____ vom 6. August 2013 einreichen (IV-act. 105), laut dem er im Juli 2013 für zwei Tage stationär behandelt worden war. Die Ärzte hatten eine rezidivierende depressive Störung mit einer gegenwärtig mittelgradigen Episode diagnostiziert. Die RAD-Ärztin Dr. C.____ notierte im Oktober 2013, der Austrittsbericht wecke keine Zweifel am Gutachten von Dr. D.____ (IV-act. 106). Mit einer Verfügung vom 8. Oktober 2013 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren des Versicherten ab (IV-act. 107). Die gegen diese Verfügung erhobene Beschwerde des Versicherten wurde vom Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen mit einem Entscheid vom 23. März 2015 abgewiesen (IV 2013/564; vgl. IV-act. 119). Zur Begründung führte es im Wesentlichen an, das Gutachten von Dr. D.____ sei überzeugend, weshalb auf es abzustellen sei; die abweichenden Beurteilungen der behandelnden Ärzte weckten keine Zweifel an der Zuverlässigkeit des Gutachtens von Dr. D.____. Folglich sei der Versicherte uneingeschränkt arbeitsfähig, weshalb er nicht invalid sein könne. Dieser Entscheid erwuchs unangefochten in formelle Rechtskraft. Im Januar 2016 meldete sich der Versicherte erneut zum Leistungsbezug an (IV-act. 124). Die IV-Stelle forderte ihn auf, eine relevante Veränderung des Sachverhaltes glaubhaft zu machen (IV-act. 125). Im März 2016 liess der Versicherte einen Bericht des Allgemeinmediziners med. pract. G.____ einreichen (IV-act. 137). Dieser respektive der unter seiner Supervision behandelnde Psychotherapeut hatte festgehalten, der Versicherte leide an einer posttraumatischen Belastungsstörung. Die RAD-Ärztin Dr. C.____ notierte im März 2016 (IV-act. 139), der Bericht sei nicht überzeugend und er vermöge keine relevante Veränderung des Gesundheitszustandes glaubhaft zu machen. Mit einer Verfügung vom 3. Juni 2016 trat die IV-Stelle nicht auf die Neuanschuldung ein (IV-act. 144). Diese Verfügung erwuchs unangefochten in formelle Rechtskraft. Im Oktober 2016 meldete sich der Versicherte erneut zum Leistungsbezug an (IV-act. 152). Dem Anmeldeformular lag ein Schreiben der Psychiaterin Dr. med. H.____ vom 27. September 2016 bei (IV-act. 147). Diese hatte festgehalten, dass der Versicherte an einer gegenwärtig schwer ausgeprägten rezidivierenden depressiven Störung leide und zudem Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung beschreibe. In einem Bericht vom 2. November 2016 führte sie aus (IV-act. 159), der Versicherte leide an einer rezidivierenden depressiven Störung mit einem somatischen Syndrom und einer gegenwärtig mittelschweren Ausprägung, an einer ängstlichen Persönlichkeitsstörung, an einer posttraumatischen Belastungsstörung, an isolierten Phobien sowie (verdachtsweise) an einer Intelligenzminderung mit einer Verhaltensstörung. Die Arbeitsfähigkeit sei weitestgehend aufgehoben. Vielleicht könne der Versicherte vier Stunden pro Woche in einem geschützten Rahmen arbeiten. Der

RAD-Arzt Dr. med. I.____ notierte im Dezember 2016, Dr. H.____ habe keine neuen medizinischen Tatsachen erwähnt (IV-act. 162). Mit einem Vorbescheid vom 14. Dezember 2016 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, dass sie vorsehe, nicht auf seine Neuanmeldung einzutreten (IV-act. 164). Im März 2017 liess der Versicherte der IV-Stelle einen Bericht der Psychiatrischen Klinik F.____ vom 14. Dezember 2016 betreffend eine testpsychologische Untersuchung vom 12. Dezember 2016 zugehen (IV-act. 170). Die Neuropsychologin hatte festgehalten, aufgrund der Untersuchungsergebnisse sei mit einer Wahrscheinlichkeit von 90 Prozent von einem IQ von 52–58 auszugehen. Eine Überlagerung durch eine aktuelle depressive Symptomatik könne allerdings nicht ausgeschlossen werden. Der RAD-Arzt Dr. I.____ notierte im März 2017, eine relevante Sachverhaltsveränderung sei nicht glaubhaft gemacht worden (IV-act. 176). Mit einer Verfügung vom 24. März 2017 trat die IV-Stelle nicht auf die Neuanmeldung ein (IV-act. 178). Die dagegen erhobene Beschwerde wurde vom Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen mit einem Entscheid vom 25. September 2017 abgewiesen (IV 2017/144; vgl. IV-act. 186). Dieser Entscheid erwuchs unangefochten in formelle Rechtskraft. Im März 2018 meldete sich der Versicherte erneut zum Leistungsbezug an (IV-act. 188). Die IV-Stelle forderte ihn auf, eine relevante Sachverhaltsveränderung seit dem 8. Oktober 2013 glaubhaft zu machen (IV-act. 189). Im April 2018 gingen der IV-Stelle zwei medizinische Berichte zu: Die Allgemeinmedizinerin Dr. med. J.____ hatte am 5. April 2018 berichtet (IV-act. 194), der Versicherte leide an einer paranoiden Schizophrenie sowie an einer starken Depression mit einer intermittierenden Suizidalität. Er habe „in seinem Krankheitswahn“ eine Straftat begangen, für die er eine Gefängnisstrafe von 69 Tagen habe verbüssen müssen. Bestenfalls könne er in einem geschützten Rahmen zu 50 Prozent erwerbstätig sein. Die Psychiaterin Dr. med. K.____ hatte am 14. April 2018 berichtet (IV-act. 195), der Versicherte leide an einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung, an einer rezidivierenden depressiven Störung mit einer gegenwärtig mittelgradigen Episode, (verdachtsweise) an einer Somatisierungsstörung, an psychischen und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide, an einer frühkindlichen Entwicklungsstörung sowie an einem Status nach einer traumatischen Hirnblutung im Alter von sechs Jahren. Er lebe seit vielen Jahren sozial isoliert, leide unter massiven Schlafstörungen, an einer depressiven Stimmung mit Suizidgedanken, an Angst und an einem ausgeprägten Vermeidungsverhalten. Er sei vollständig arbeitsunfähig. Die RAD-Ärztin Dr. med. L.____ notierte im Mai 2018, mit den beiden eingereichten Berichten sei eine relevante Sachverhaltsveränderung nicht glaubhaft gemacht (IV-act. 196). Mit einem Vorbescheid vom 4. Juni 2018 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, dass sie vorsehe, nicht auf sein Leistungsbegehren einzutreten (IV-act. 199). Im Juni 2018 liess der Versicherte einen Bericht der I Psychiatrie M.____ vom 22. Mai 2018 einreichen (IV-act. 200–2 ff.). Deren therapeutische Leiterin lic. phil. N.____ hatte darin festgehalten, der Versicherte leide an einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung, die bislang aufgrund von Therapeutenwechseln und Therapieunterbrüchen nicht behandelt worden sei. Zudem liess der Versicherte einen Bericht der Psychiatrischen Klinik O.____ vom 30. Mai 2017 einreichen (IV-act. 200–7 ff.). Die Klinik hatte ausgeführt, der Versicherte sei direkt aus der Untersuchungshaft in eine stationäre psychiatrische Behandlung überwiesen worden, nachdem er über ein vermehrtes Stimmenhören und Schattensehen geklagt habe. Innerhalb von fünf Tagen sei die Krise unproblematisch abgeklungen, sodass der Versicherte wieder in die Haft habe zurückverlegt werden können. Als Diagnosen hätten die Ärzte eine Anpassungsstörung und eine paranoide Schizophrenie angeführt, die jedoch

nur anamnestisch beschrieben worden sei; in der stationären Behandlung hätten sich nur dezente Hinweise auf ein psychotisches Geschehen gezeigt. Der Versicherte habe selbst angegeben, dass er die Symptome nur vorgespiegelt habe, um aus der Haft in eine psychiatrische Behandlung verlegt zu werden. Im Rahmen der stationären Behandlung hätten die Ärzte ein appellativ-demonstratives, histrionisch gefärbtes Verhalten beobachtet. Die RAD-Ärztin Dr. L.____ hielt am 2. Juli 2018 fest (IV-act. 201), insbesondere wegen der neu diagnostizierten dissoziativen Störung seien weitere medizinische Abklärungen erforderlich. Am 13. September 2018 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, dass sie ihren Vorbescheid „widerrufe“ und weitere Abklärungen tätigen werde (IV-act. 206). Auf eine Anfrage der IV-Stelle hin teilte der Psychiater Dr. med. P.____ am 30. Oktober 2018 mit (IV-act. 216–2), dass er den Versicherten nur wenige Male gesehen habe. Eine ambulante Behandlung sei nicht eingeleitet worden, weil der Versicherte dafür keine Motivation aufgebracht habe. Er, Dr. P.____, habe versucht, die auf Psychotraumatologie spezialisierte Institution Q.____ miteinzubeziehen, aber auch dort habe der Versicherte keine Motivation für eine Behandlung gezeigt (vgl. IV-act. 216–3). Am 8. März 2019 berichtete der Psychiater Dr. med. R.____ (IV-act. 228), der Versicherte leide an einer rezidivierenden depressiven Störung mit einer gegenwärtig schweren Episode, an psychotischen Symptomen, an einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung und an einer Intelligenzminderung. Zudem bestehe der Verdacht auf eine Somatisierungsstörung. Das Zustandsbild des Versicherten sei resignativ-depressiv und von sozialen Ängsten geprägt. Der Versicherte zeige ein Vermeidungsverhalten und unterschiedlich stark ausgeprägte psychotische Symptome. Er sei erheblich traumatisiert, ertrage kaum oder nur kurze Zeit soziale Situationen (auch stationäre oder teilstationäre Therapien) und keinerlei Stress. Er habe keine Lebensfreude und er lebe zurückgezogen bis isoliert. Eine Erwerbstätigkeit sei ihm nicht zumutbar, nicht einmal in einem geschützten Rahmen. Im Auftrag der IV-Stelle wurde der Versicherte von der Neuropsychologin S.____ und vom Psychiater Prof. Dr. med. T.____ begutachtet (IV-act. 236). Die Neuropsychologin hielt fest, im Rahmen der zweistündigen Testung habe der Versicherte ein überwiegend schwer verlangsamtes Verhalten mit einer verminderten Fehlerkontrolle gezeigt. Nach dem Ende der Testung habe er angegeben, er sei sehr müde; auf die Neuropsychologin habe er aber nicht ermüdet gewirkt. In sämtlichen Testverfahren habe der Versicherte ausgeprägte Minderleistungen gezeigt. Seine Leistungen hätten überwiegend über zwei Standardabweichungsstufen unterhalb des Mittelwertes der Altersgruppe gelegen. In keinem der durchgeführten Testverfahren habe er eine altersnormgerechte Leistung gezeigt. Die Ergebnisse in der formalisierten Beschwerdevalidierung sowie in den eingebetteten Parametern hätten konvergent auf ein suboptimales Leistungsverhalten und auf eine übertriebene Beschwerdedarstellung hingewiesen. Wären die Ergebnisse authentisch, müsste der Versicherte an einem kompletten amnestischen Syndrom oder an einer anderen schwersten kognitiven Störung leiden. Eine derart schwere Hirnstörung könne aber klar ausgeschlossen werden. Der Versicherte habe unter anderem angegeben, dass er keine Mühe damit habe, einen Personenwagen zu lenken. Das Testprofil sei insgesamt nicht gültig und könne sogar auf eine bewusste Aggravation oder Simulation von kognitiven Beeinträchtigungen hinweisen. Der psychiatrische Sachverständige Prof. Dr. T.____ führte aus, der Versicherte sei zwar auskunftswillig gewesen, aber bei vertiefenden Nachfragen habe er ausweichende Antworten gegeben. Bezüglich des in den Akten enthaltenen Hinweises, er habe Symptome vorgespiegelt, um aus dem Gefängnis in eine Psychiatrie verlegt zu werden, habe er sich auf den Standpunkt gestellt, der „Gefängnisarzt“ habe einen wahrheitswidrigen Bericht

verfasst. Die Überprüfung des Medikamentenspiegels habe gezeigt, dass keines der angeblich regelmässig eingenommenen Medikamente in der verschriebenen Dosis eingenommen worden sei, was Zweifel am Leidensdruck wecke. In der neuropsychologischen Testung habe der Versicherte ein suboptimales Leistungsverhalten und eine übertriebene Beschwerdedarstellung gezeigt. In der psychiatrischen Untersuchung hätten die Beschwerdeschilderungen theatralisch und histrioniform angemutet. Als der Versicherte über das Stimmenhören berichtet habe, sei keine affektive Beteiligung festzustellen gewesen. Die Aufmerksamkeit und die Konzentration seien, wenn überhaupt, nur „minimst“ herabgesetzt gewesen. Die kognitiven Fähigkeiten hätten im Verlauf der Untersuchung nicht abgenommen. Das Denken respektive der Gedankengang sei kohärent gewesen. Der Versicherte habe über eine leichte innere Unruhe, eine Anspannung und ein Gedankenkreisen beziehungsweise ein Gedankendrängen im Sinne einer „Nervosität“ geklagt. Die Fragen nach Intrusionen, flash backs oder ein Vermeidungsverhalten seien vom Versicherten verneint worden. Der Versicherte habe über gelegentliche Alpträume geklagt. Hinweise auf ein hyperarousal seien nicht ersichtlich gewesen. Ein Anhalt auf einen Wahn oder eine Ich-Störung habe nicht festgestellt werden können. Der Versicherte habe zwar über ein vereinzelt imperatives Stimmenhören berichtet, aber Zwänge oder Rituale seien nicht festzustellen gewesen und auch nicht angegeben worden. Die kognitive Begabung liege im unteren Normbereich. In der Untersuchung sei der Versicherte befriedigend spürbar gewesen. Die Grundstimmung sei resignativ, ratlos bis hoffnungslos – bei einer „Lebensverleiderstimmung“ – und klagsam-bedrückt bei sozialen Zukunftsängsten gewesen. Die Schwingungsfähigkeit sei verflacht, aber nicht starr gewesen. Eine Affektinkontinenz habe nicht vorgelegen. Die Freudfähigkeit und die Interessen seien als leicht eingeschränkt angegeben worden, aber die Vitalgefühle seien nicht als gemindert geschildert worden. Die Psychomotorik sei gedämpft, der Antrieb aber weitgehend erhalten gewesen. Das Selbstwertempfinden sei deutlich gemindert gewesen. Der Versicherte habe ein soziales Rückzugsverhalten beschrieben. Ein Leidensdruck sei nicht bezüglich der geschilderten Symptomatik, sondern ausschliesslich gegenüber der psychosozialen Situation zu erkennen gewesen. Bezüglich des Vorgutachtens von Dr. D.____ sei zu bemängeln, dass dieser das vom Versicherten angegebene Stimmenhören nicht diskutiert habe. Im Austrittsbericht der Psychiatrischen Klinik F.____ vom Juli 2013 fehle eine Dokumentation des Psychostatus. Zudem seien die diagnostischen Kriterien einer posttraumatischen Belastungsstörung nicht diskutiert worden, weshalb die Diagnosestellung im Austrittsbericht nicht nachvollziehbar sei. Auch die Psychiaterin Dr. H.____ habe in ihrem Bericht vom September 2016 keinen Psychostatus dokumentiert, weshalb auch ihre Diagnosestellung nicht nachvollzogen werden könne. In ihrem Bericht vom November 2016 habe sie zwar einen Psychostatus dokumentiert, aber sie habe keinerlei Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung genannt, weshalb die entsprechende Diagnose nicht nachvollziehbar sei. Die in einem neuropsychologischen Testbericht beschriebene massive Intelligenzminderung (IQ 52–58) sei nicht plausibel, da der Versicherte sein Leben ohne wesentliche Einschränkungen im Alltag meistere. Er könne lesen und schreiben und er habe die deutsche Sprache erlernt. Zu kritisieren sei, dass bei jener Testung keine Symptomvalidierung durchgeführt worden sei. Die von der Hausärztin Dr. J.____ gestellten Diagnosen einer paranoiden Schizophrenie und einer starken Depression seien nicht einmal ansatzweise begründet worden. Auch die Berichte von Dr. K.____ und lic. phil. N.____ überzeugten mangels einer ausreichenden Dokumentation des Psychostatus nicht. Die von Dr. R.____ beschriebenen Symptome –

intrusive Erlebnisse, Schreckhaftigkeit und Hypervigilanz – hätten bei der aktuellen Untersuchung nicht festgestellt werden können. Der objektive klinische Befund sei weitgehend identisch mit jenem gewesen, den Dr. D.____ in seinem Gutachten beschrieben habe. Die Kriterien für die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung seien ebenso wenig erfüllt gewesen wie jene für die Diagnose einer Schizophrenie. Das im Vordergrund stehende Störungsbild bei einer resignativ-negativistischen Haltung mit vorwiegend sozialen Ängsten und einer „Lebensverleiderstimmung“ mit leicht bis allfällig mittelgradiger Schwere im Ausprägungsgrad und zusätzlichen Klagen über vereinzelt imperative Stimmen sei als eine chronifizierte, nicht näher bezeichnete anhaltende affektive Störung zu qualifizieren. Der Depressionsgrad sei für die Diagnose einer Dysthymia zu hoch. Allerdings seien die diagnostischen Kriterien einer rezidivierenden depressiven Störung nicht erfüllt. Im Vergleich zum Vorgutachten von Dr. D.____ habe sich der Gesundheitszustand nicht verschlechtert; es handle sich bloss um eine leicht anderslautende Beurteilung eines unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes. Weder in der psychiatrischen Untersuchung noch in der neuropsychologischen Testung hätten sich Fähigkeitsstörungen objektivieren lassen, die die Arbeitsfähigkeit des Versicherten einschränken würden. Aus psychiatrischer Sicht könne der Versicherte kognitiv einfache Tätigkeiten ohne Einschränkungen ausführen. Die RAD-Ärztin Dr. L.____ qualifizierte das Gutachten als überzeugend (IV-act. 237). Mit einem Vorbescheid vom 24. September 2019 kündigte die IV-Stelle dem Versicherten an, dass sie die Abweisung seines Begehrens um berufliche Massnahmen und seines Rentenbegehrens vorsehe (IV-act. 241). Nachdem der Versicherte innert der (mehrfach erstreckten) Frist keine Einwände erhoben hatte, wies die IV-Stelle dessen Begehren um berufliche Massnahmen und dessen Rentenbegehren mit einer Verfügung vom 3. Januar 2020 ab (IV-act. 251). Erst nach dem Versand der Verfügung traf dann doch noch eine Stellungnahme ein (IV-act. 252). Da der Versicherte aber bereits eine Beschwerde erhoben hatte, beschloss die IV-Stelle, sich nicht direkt gegenüber dem Versicherten, sondern im Rahmen der Beschwerdeantwort zu dieser Eingabe zu äussern (IV-act. 256). Der Versicherte (nachfolgend: der Beschwerdeführer) hatte am 6. Januar 2020 eine Beschwerde gegen die Verfügung vom 3. Januar 2020 erheben lassen (act. G 1). Sein Rechtsvertreter hatte die Aufhebung der angefochtenen Verfügung, die Zusprache einer ganzen Rente „ab wann rechtens“, spätestens ab September 2018, und eventualiter die Rückweisung der Sache an die IV-Stelle (nachfolgend: die Beschwerdegegnerin) beantragen lassen. Zur Begründung hatte er ausgeführt, das Gutachten von Prof. Dr. T.____ sei nicht beweiskräftig. Der behandelnde Psychiater Dr. R.____ habe eingehend Stellung zum Gutachten genommen und überzeugend aufgezeigt, weshalb dieses nicht überzeuge. Der Beschwerde lag eine Stellungnahme von Dr. R.____ vom 23. Dezember 2019 bei (act. G 1.2). Dieser hatte festgehalten, mehrere qualifizierte Berufskollegen hätten im Längsschnitt über viele Jahre hinweg unabhängig voneinander immer wieder ganz ähnliche Einsichten über den Gesundheitszustand gewonnen. Niemand ausser den Ärzten der Psychiatrischen Klinik O.____, die den Beschwerdeführer in einer Ausnahmesituation zu Gesicht bekommen hätten, habe je den Verdacht geäussert, der Beschwerdeführer simuliere. Das Gutachten von Prof. Dr. T.____ entspreche nicht den Qualitätsleitlinien der SGPP: Es enthalte weder eine ergebnisoffene Würdigung noch eine substantielle Diskussion der eigenen Befunde und der Vorberichte, schon die Befunderhebung sei in einer voreingenommenen Haltung erfolgt und in der Argumentation des Sachverständigen werde kein Bemühen sichtbar, die vorliegende komplexe Situation in einer anderen Weise nachvollziehbar und glaubwürdig im Sinne eines verständlichen

Gesamtbildes zu interpretieren. In seinem Gutachten habe sich Prof. Dr. T.____ weder mit den von ihm erhobenen Befunden noch mit den in den Akten beschriebenen Befunden hinreichend auseinandergesetzt. Die Beschwerdegegnerin beantragte am 3. Februar 2020 die Abweisung der Beschwerde und eventualiter die Einholung eines Gerichtsgutachtens (act. G 5). Zur Begründung führte sie an, Dr. R.____ habe in seiner Stellungnahme keine neuen objektiven Gesichtspunkte genannt, die wesentliche Zweifel an der Überzeugungskraft des Gutachtens von Prof. Dr. T.____ wecken würden. Sollte das Gericht wider Erwarten anderer Ansicht sein, müsse es nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung ein Gerichtsgutachten in Auftrag geben. Die RAD-Ärztin Dr. L.____ hatte am 20. Januar 2020 notiert (IV-act. 257), Dr. R.____ habe sich in seiner Stellungnahme hauptsächlich auf die Beurteilungen der früheren Behandler gestützt. Tatsächlich habe sich der Beschwerdeführer bislang aber noch nie in einer konsequenten, längerdauernden und adäquaten Behandlung befunden. Die längste Behandlungsdauer habe gemäss den Akten ein halbes Jahr gedauert, was etwa zwölf Sitzungen entsprochen habe. Bei jener Behandlung habe es sich um eine psychosoziale Gesprächstherapie und nicht um eine Traumatherapie gehandelt. Die meisten Ärzte hätten den Beschwerdeführer nur wenige Male gesehen. Die angeblichen Suizidversuche seien aktenmässig ebenso wenig dokumentiert wie die angebliche stationäre Behandlung, während der sich der Beschwerdeführer nach seinen Schilderungen habe das Leben nehmen wollen. Die Behauptung von Dr. R.____, die Neuropsychologin S.____ habe einen vorschnellen Schluss gezogen, stehe im Widerspruch zur Tatsache, dass die „auf Zufallsniveau“ liegenden Testergebnisse eine wesentliche Diskrepanz zum Verhalten des Beschwerdeführers im Alltag zeigten. Am 11. Februar 2020 wurde dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Rechtspflege bewilligt (act. G 6). Der Beschwerdeführer liess am 5. März 2020 an seinen Anträgen festhalten (act. G 8). Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf eine Duplik (vgl. act. G 9 f.). Am 17. August 2021 teilte das Versicherungsgericht den Parteien mit, dass es beabsichtige, Dr. med. U.____ mit der Erstellung eines psychiatrischen Gerichtsgutachtens (einschliesslich einer neuropsychologischen Testung) zu beauftragen (act. G 12). Der Beschwerdeführer liess am 19. August 2021 geltend machen, er sei mit der Einholung eines Gerichtsgutachtens sowie mit dem Fragenkatalog einverstanden, erhebe aber Einwände gegen die Person des Sachverständigen, da dieser offenbar von den St. Galler Strafbehörden mangels „Geeignetheit“ generell nicht mehr als Sachverständiger beigezogen werde (act. G 13). Das Versicherungsgericht wies den Beschwerdeführer am 9. September 2021 darauf hin (act. G 14), dass die Frage der „Geeignetheit“ nach der bundesgerichtlichen Auffassung erst im Rahmen der Würdigung des Gutachtens zu beantworten sei. Da das Versicherungsgericht keine Veranlassung habe, an der fachlichen Kompetenz von Dr. U.____ zu zweifeln, werde es ihn wie geplant mit der Begutachtung beauftragen. Die Beschwerdegegnerin nahm keine Stellung. Am 23. September 2021 beauftragte das Versicherungsgericht Dr. U.____ mit der Erstellung eines psychiatrischen Gerichtsgutachtens einschliesslich einer neuropsychologischen Testung (act. G 17). Das Gutachten wurde am 22. Juli 2022 erstattet (act. G 21). Der Sachverständige hatte festgehalten, der Beschwerdeführer sei pünktlich und gepflegt zu den Untersuchungen (sowohl zur psychiatrischen Exploration als auch zu den beiden Terminen für die neuropsychologische Testung) erschienen. Er sei kooperativ gewesen und habe zu keinem Zeitpunkt ängstlich oder unsicher gewirkt. Er habe keinerlei psychovegetative Symptome gezeigt. Hinweise für ein seltsames oder bizarres Verhalten seien nicht aufgefallen. Im Gespräch sei er bei der Sache und konzentriert gewesen. Er habe alle Fragen verstanden und

korrekte Antworten gegeben. In der drei Stunden dauernden Exploration seien keine Ermüdungserscheinungen festzustellen gewesen. Hinweise für Aufmerksamkeits- oder Gedächtnisstörungen hätten nicht festgestellt werden können. Das formale Denken sei geordnet gewesen. Affektiv habe der Beschwerdeführer ausgeglichen gewirkt. Der Antrieb und die Psychomotorik seien unauffällig gewesen. Circadiane Besonderheiten hätten nicht ausgemacht werden können. Die Laborergebnisse hätten einen deutlich unterhalb des therapeutischen Bereichs liegenden Spiegel des angeblich regelmässig eingenommenen Hauptmedikamentes gezeigt. Der Spiegel des zusätzlich eingenommenen Antidepressivums habe dagegen im therapeutischen Bereich gelegen. Bei der neuropsychologischen Testung sei der Beschwerdeführer nur teilweise kooperativ gewesen. Nach einer Übung zu einem Test habe er sofort aufgeben wollen und geltend gemacht, dass er Mühe habe und das nicht könne. Nach einer Ermutigung, es weiter zu versuchen und nicht sofort aufzugeben, habe er nach einer weiteren Übung wieder dasselbe gesagt. Nach einer erneuten Aufforderung, sein Bestes zu geben, habe er mit wenig Motivation mitgearbeitet. Er habe jeden Test extrem langsam erledigt. Auf Nachfragen, weshalb er so langsam arbeite, habe er geltend gemacht, er habe wenig Motivation. Die Übungen zu den Tests habe er jeweils begriffen und fehlerlos lösen können. Er habe angegeben, dass er alles gut verstehe. Nach der Untersuchung habe er behauptet, er habe es nicht verstanden. Die Nachfrage, was er denn konkret nicht verstanden und weshalb er trotz wiederholter Nachfragen der Untersucherin nicht Bescheid gegeben habe, habe er nicht beantwortet. Die Testresultate seien derart unterschiedlich ausgefallen, dass sie nicht anders als durch ein manipulatives Verhalten entstanden erklärt werden könnten, was bedeute, dass der Beschwerdeführer meistens, aber nicht durchwegs, bewusst schlechte Leistungen gezeigt habe. Beispielsweise habe er beim Uhrentest und bei der Mini Mental State Examination Normwerte erzielt, was eine Demenz ausschliesse, dann aber behauptet, er könne die drei Merkwörter nicht wiedergeben, was nicht glaubhaft gewesen sei, zumal er bei einem späteren Test dann doch wieder in der Lage gewesen sei, die drei Merkwörter wiederzugeben. Besonders auffällig sei gewesen, dass er bei den Testübungsbeispielen normale Leistungen, in den Tests selbst dann aber (meist) einen massiven Leistungsabfall gezeigt habe. Überwiegend seien die Testergebnisse so schlecht gewesen, dass sie mit jenen eines mittelgradig dementen oder schwer hirngeschädigten Patienten verglichen werden müssten, was sich nicht mit den im Alltag gezeigten Fähigkeiten – Autofahren, Termine über E-Mail vereinbaren, den Zug benutzen, pünktlich zur Untersuchung zu erscheinen etc. – vereinbaren lasse. Mit Sicherheit liege keine Minderintelligenz vor. Trotz des demotivierten Verhaltens habe der Beschwerdeführer einen über dem Rahmen einer Intelligenzminderung (IQ 50–69) liegenden IQ von 76 erreicht. Schätzungsweise liege der IQ bei etwa 85, aber auch nicht viel höher. Ein erfolgreiches Manipulieren bei psychologischen Tests setze eine hohe Intelligenz voraus, die beim Beschwerdeführer aber eher nicht vorzuliegen scheine. Zusammenfassend hätten sich keine Anhaltspunkte für eine hirnorganische Dysfunktion ergeben. Das Resultat bestätige jene der früheren Untersuchungen der Neuropsychologen S.____ und E.____ und widerlege jenes der – ohne Symptomvalidierung durchgeführten – neuropsychologischen Testung in der psychiatrischen Klinik F.____ vom 12. Dezember 2016. In psychiatrisch-diagnostischer Hinsicht sei folglich das Vorliegen einer hirnorganischen Störung zu verneinen. Aus psychiatrischer Sicht sei angesichts des Cannabiskonsums in der Vergangenheit ein Status nach einem schädlichen Gebrauch von Cannabis mit einem konsekutiven amotivationalen Syndrom zu diagnostizieren. Die in einzelnen Berichten angeführte Diagnose einer paranoiden Schizophrenie oder einer

sonstigen schizophreniformen Störung sei zu verwerfen. Ausschlaggebend für diese Diagnose sei wohl das vom Beschwerdeführer angegebene Hören von Stimmen gewesen, das für sich allein diese Diagnose aber nicht rechtfertige. Zudem habe der Beschwerdeführer diesbezüglich sehr stark divergierende und auch für Schizophrene sehr untypische Angaben gemacht. Sehr auffällig sei, dass er das Hören von Stimmen im Jahr 2017 zugegebenermassen nur vorgegeben habe, um vom Gefängnis in die Klinik verlegt zu werden. Menschen, die unter einem Stimmenhören litten, fielen ganz anders auf als der Beschwerdeführer, der sehr redegewandt, fast redselig, fordernd, forsch und eher selbstsicher aufgetreten sei. Sinnestäuschungen führten zu einer Verunsicherung in der realen Welt und einer Flucht „in die Wahnwelt“. In den meisten Berichten der behandelnden Ärzte sei eine depressive Störung diagnostiziert worden. Zwar habe Prof. Dr. T. ___ grundsätzlich zutreffend bemängelt, dass in jenen Berichten ein Psychostatus fehle, der diese Diagnose begründen könnte, aber in Therapieberichten könne natürlich nicht derselbe Aufwand wie in einem Gutachten betrieben werden. Wer allerdings eine neue Diagnose in den Raum stelle und damit eine Arbeitsunfähigkeit begründe, müsse diese herleiten oder begründen. Die im Gutachten von Dr. D. ___ gestellte Diagnose einer Dysthymia überzeuge nicht, weil sie im Widerspruch zum in jenem Gutachten beschriebenen Auftreten des Beschwerdeführers stehe. Auch die von Prof. Dr. T. ___ gestellte Diagnose einer nicht näher bezeichneten anhaltenden affektiven Störung passe nicht zum von ihm beschriebenen Auftreten des Beschwerdeführers, den Prof. Dr. T. ___ als appellativ-demonstrativ berichtend, schnell Zutrauen gewinnend und gesprächig beschrieben habe. Bei keiner der drei Untersuchungen im Rahmen der aktuellen Begutachtung habe der Beschwerdeführer depressive Symptome gezeigt, obwohl er ständig von solchen Symptomen berichtet und auch das entsprechende psychiatrische Vokabular gekannt habe. Entscheidend sei, dass der Beschwerdeführer keinen verminderten Antrieb, keine depressive Stimmung, keinen objektivierbaren Interessenverlust, keine unbegründeten Selbstvorwürfe oder Schuldgefühle (sondern im Gegenteil Vorwürfe und Schuldzuweisungen an die Umgebung) und keinen Verlust des Selbstvertrauens (sondern vielmehr ein sehr selbstbewusstes, forsches und forderndes Auftreten) gezeigt habe. Zusammenfassend lasse sich deshalb weder eine depressive noch eine sonstige affektive Störung diagnostizieren. Objektiv hätten sich keinerlei Hinweise auf eine Angststörung oder auf eine Zwangsstörung gezeigt. Sowohl Dr. D. ___ als auch Prof. Dr. T. ___ hätten die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung genau analysiert, geprüft und verworfen. Diesbezüglich sei darauf hinzuweisen, dass ein Trauma (das in den Berichten der behandelnden Ärzte nicht genau spezifiziert und beschrieben worden sei) nicht automatisch zu einer posttraumatischen Belastungsstörung führe. Zudem seien posttraumatische Belastungsstörungen vorübergehender Natur. Die Symptome flachten mit der Zeit ab. Aus fachärztlicher Sicht sei es unzulässig, eine Arbeitsunfähigkeit infolge einer posttraumatischen Belastungsstörung mit einem angeblichen viele Jahre zurückliegenden Trauma zu begründen, wenn der Betroffene zwischenzeitlich mehrere Jahre lang gearbeitet habe. Die von den „Traumaanhängern“ regelmässig diagnostizierte „komplexe Traumafolgestörung“ lasse sich im ICD-10 nicht finden. In der aktuellen Untersuchung habe der Beschwerdeführer keine Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung – dissoziative Zustände, Fugue-Zustände, Depersonalisation, Derealisation, Abdriften, Zeitverlust, Amnesien etc. – gezeigt oder geschildert. Ausser dem Psychiater Dr. R. ___ habe keiner der behandelnden und begutachtenden Fachärzte eine solche Störung feststellen können. Bei echten posttraumatischen Belastungsstörungen sei die Symptomatik in der

Regel zeitlich begrenzt; die Betroffenen profitierten sehr von Ablenkung, wie etwa einem Wiedereinstieg in die Arbeitswelt; lange Krankschreibungen verschlechterten dagegen den Zustand. Betroffene müssten ihr Trauma als etwas Vergangenes akzeptieren, die Opferrolle ablegen und wieder Normalität in ihr Leben bringen. Bei „Traumatherapeuten“ und „Traumakliniken“ fänden sich entsprechende Ansätze leider immer seltener. Bezüglich der Persönlichkeit fänden sich in den Akten keine spezifischen Diagnosen. Das Verhalten des Beschwerdeführers sei allerdings sehr auffällig. So zeige er beispielsweise eine gewisse penetrante Weigerung, die ihm attestierte Arbeitsfähigkeit zu akzeptieren. Wenn er dieselbe Energie für das Arbeiten einsetzen würde, wäre er erfolgreich. Der Beschwerdeführer habe wiederholt zugegeben, dass er mit der Arbeitslosenentschädigung nicht zufrieden sei, weil er mit einer Rente mehr Geld hätte und nicht mehr kontrolliert würde. Das müsse als eine deutlich und andauernd verantwortungslose Haltung und Missachtung sozialer Normen, Regeln und Verpflichtungen gewertet werden. Ein deutlich dissoziales Verhalten habe er gezeigt, als er einem Kollegen zur Flucht aus dem Gefängnis verholfen habe. Auch das vorgegebene Stimmenhören sei als ein dissoziales Verhalten zu werten. Dass der Beschwerdeführer bei der psychologischen Testung mit einer grossen Wahrscheinlichkeit bewusst schwache Leistungen gezeigt, also aggraviert oder simuliert habe und dass er dieses Verhalten unbelehrbar fortgesetzt habe, sei schon auffällig. Der Beschwerdeführer habe weiter eine deutliche Neigung gezeigt, andere zu beschuldigen; er sei nicht fähig oder nicht willens, ein Fehlverhalten bei sich selbst zu sehen und eine Verhaltensänderung einzuleiten. Zusammenfassend rechtfertige sich angesichts dieses Verhaltens die Diagnose von akzentuierten dissozialen Persönlichkeitszügen. Diese seien erheblich, aber nicht so stark ausgeprägt, dass sich die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung rechtfertigen liesse. Die akzentuierten dissozialen Persönlichkeitszüge schränkten die Arbeitsfähigkeit nicht ein. Da der Beschwerdeführer auch nicht an anderen psychiatrischen Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit leide, sei aus psychiatrischer Sicht eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit zu attestieren. Diese Einschätzung entspreche jener der beiden Vorgutachter. Der Beschwerdeführer liess am 8. Oktober 2022 geltend machen (act. G 29), das Gutachten bestätige in einer eindrücklichen Art und Weise, dass Dr. U. ___ sowohl fachlich als auch persönlich für die Erstellung eines Gutachtens ungeeignet sei. Das Ergebnis habe offensichtlich von Anfang an festgestanden. Die Staatsanwaltschaft des Kantons St. Gallen betraue Dr. U. ___ schon seit einiger Zeit nicht mehr mit der Erstellung von Gutachten. Das vorliegende Gutachten zeige exemplarisch, was die Gründe dafür sein dürften. Auch auf der Liste der Gefängnisärzte sei Dr. U. ___ nicht mehr angeführt. Er habe den Beschwerdeführer nicht nur vorverurteilt, sondern teilweise geradezu süffisant beleidigt. Das Gutachten bestätige, was Dr. U. ___ in anderen Zusammenhängen auch schon in der Öffentlichkeit zum Ausdruck gebracht habe, nämlich dass alle falsch lägen, die seine Meinung nicht teilten. Immerhin müsse man Dr. U. ___ zugute halten, dass er aus seiner Haltung keinen Hehl mache und diese auch einer breiten Öffentlichkeit zukommen lasse. Jüngst sei er wegen einer einfachen Körperverletzung verurteilt worden, die er bei der Ausübung seiner Tätigkeit als Amtsarzt begangen habe. Das Kantonsgericht des Kantons St. Gallen habe ihn auch schon öffentlich als ungeeignet bezeichnet. Die Darstellung im Fall des Beschwerdeführers, dessen Probleme vermeintlich gelöst würden, wenn er wieder arbeiten würde, sei abwegig. Laut Dr. U. ___ sollen nicht nur das Verhalten und die Persönlichkeit des Beschwerdeführers, sondern auch eine fehlerhafte Therapie und juristische Beratung durch „Gratis-Anwälte“ Ursache des Problems sein. Die Ausführungen zur „Traumatherapie“ liessen jede Sachlichkeit vermissen. Die Ausführungen zur

Intelligenz des Beschwerdeführers zeigten nur, wie unbrauchbar das Gutachten sei. Zudem sei es nicht dissozial, wenn man sage, dass man lieber eine Rente als eine Arbeitslosenentschädigung erhalten würde. Die Beschwerdegegnerin hielt am 18. Oktober 2022 fest (act. G 31), sowohl Prof. Dr. T. ___ als auch Dr. U. ___ hätten überzeugend dargelegt, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der ersten Begutachtung im Dezember 2012 nicht verändert habe. Das Gutachten von Dr. U. ___ zeichne sich lediglich durch einen pontierteren Sprachstil aus. Am 7. Dezember 2022 liess der Beschwerdeführer geltend machen (act. G 36), er sei mit dem Auto dreimal von V. ___ nach W. ___ gefahren und habe jedes Mal für 130 Franken Benzin getankt. Belege existierten nicht. Er ersuche höflich um Vergütung der hypothetischen Kosten für die Benützung des öffentlichen Verkehrs. Da er über kein Halbtaxabonnement verfüge und da eine Tageskarte weniger als ein Billett für die Strecke V. ___–W. ___ retour zum vollen Preis koste, beantrage er die Vergütung von drei Tageskarten respektive von Fahrspesen von $3 \times 75 = 225$ Franken. Erwägungen Dieses Beschwerdeverfahren bezweckt die Überprüfung der angefochtenen Verfügung vom 3. Januar 2020 auf deren Rechtmässigkeit, weshalb sein Gegenstand an sich jenem des vorangegangenen Verwaltungsverfahrens entsprechen müsste. Bei einer sorgfältigen Interpretation der Verfügung vom 3. Januar 2020 zeigt sich allerdings, dass diese zwei voneinander unabhängige Gegenstände enthält, nämlich einerseits das Begehren des Beschwerdeführers um berufliche Massnahmen und andererseits das Rentenbegehren des Beschwerdeführers. Die gemeinsame Eröffnung der beiden Entscheide betreffend diese zwei Gegenstände in der Verfügung vom 3. Januar 2020 hat nicht zu einer „Verschmelzung“ der beiden Gegenstände geführt; sie haben weiterhin ein unabhängiges rechtliches Schicksal gehabt. Das bedeutet, dass es dem Beschwerdeführer frei gestanden hat, beide Entscheide oder nur einen der beiden Entscheide mit einer Beschwerde anzufechten. Die Auslegung der Beschwerdeschrift und der Replik zeigt, dass der Beschwerdeführer nur die Abweisung seines Rentenbegehrens angefochten hat. Das bedeutet, dass die Verfügung vom 3. Januar 2020, soweit sie das Begehren des Beschwerdeführers um berufliche Massnahmen betroffen hat, unangefochten in formelle Rechtskraft erwachsen ist und folglich nicht Gegenstand dieses Beschwerdeverfahrens sein kann. Der Streitgegenstand des Beschwerdeverfahrens ist deshalb beschränkt auf die Frage, ob der Beschwerdeführer einen Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung hat. Gemäss dem Art. 87 Abs. 3 IVV wird ein Rentenbegehren nach der Abweisung eines früheren Rentenbegehrens mangels eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades (sog. Neuanmeldung) nur geprüft, wenn die versicherte Person eine relevante Sachverhaltsveränderung seit der Abweisung des früheren Rentenbegehrens glaubhaft machen kann. Die Beschwerdegegnerin hat ein früheres Rentenbegehren des Beschwerdeführers mit einer Verfügung vom 8. Oktober 2013 abgewiesen. Folglich hat das Eintreten auf die Neuanmeldung im März 2018 das Glaubhaftmachen einer relevanten Sachverhaltsveränderung seit dem 8. Oktober 2013 vorausgesetzt. Die RAD-Ärztin Dr. L. ___ hat im Juli 2018 notiert, dass die vom Beschwerdeführer im Juni 2018 eingereichten medizinischen Berichte auf eine mögliche dissoziative Störung hinwiesen, womit eine relevante Sachverhaltsveränderung glaubhaft gemacht sei. Diese Schlussfolgerung überzeugt, weshalb die Beschwerdegegnerin zu Recht auf die Neuanmeldung vom März 2018 eingetreten ist. Der Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung setzt nach Art. 28 Abs. 1 IVG voraus, dass eine versicherte Person ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern kann, dass sie während eines Jahres ohne einen wesentlichen Unterbruch durchschnittlich

mindestens 40 Prozent arbeitsunfähig gewesen ist und dass sie nach dem Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 Prozent invalid ist. Für die Bemessung der Invalidität wird gemäss dem Art. 28a Abs. 1 IVG in Verbindung mit dem Art. 16 ATSG das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach dem Eintritt der Gesundheitsbeeinträchtigung und nach der Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei einer ausgeglichenen Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung zu jenem Erwerbseinkommen gesetzt, das sie erzielen könnte, wenn sie gesund geblieben wäre. Der Beschwerdeführer hat keine Berufsausbildung absolviert, weshalb er als ein Hilfsarbeiter zu qualifizieren ist. Das bedeutet, dass seine Erwerbsfähigkeit ohne die Gesundheitsbeeinträchtigung jener eines typischen Hilfsarbeiters entsprechen würde und dass das Valideneinkommen folglich praxisgemäss dem statistischen Zentralwert der Hilfsarbeiterlöhne entspricht. Für die Bemessung des zumutbarerweise erzielbaren Invalideneinkommens ist massgebend, welche Tätigkeiten der Beschwerdeführer aus medizinischer Sicht in welchem Umfang verrichten kann. Somatische Erkrankungen, die die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers einschränken würden, liegen überwiegend wahrscheinlich nicht vor. Zur Diskussion steht ausschliesslich eine psychische Gesundheitsbeeinträchtigung. Die Beschwerdegegnerin hat Prof. Dr. T. ___ beauftragt, ein psychiatrisches Gutachten zur Beantwortung der Frage nach einer allfälligen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers infolge einer psychischen Erkrankung zu erstellen. Sowohl Prof. Dr. T. ___ als auch die Neuropsychologin S. ___ haben die Auffassung vertreten, dass die Testergebnisse im Rahmen der Begutachtung auf eine bewusste Aggravation oder Simulation von kognitiven Beeinträchtigungen hinweisen könnten. Trotzdem hat sich Prof. Dr. T. ___ in seinem Gutachten nicht ausreichend zur Problematik geäussert, ob es ihm überhaupt möglich gewesen ist, den objektiven klinischen Befund zu erheben. Für den medizinischen Laien ist nicht ersichtlich, dass es Prof. Dr. T. ___ gelungen wäre, die Verfälschung des Beschwerdebildes durch eine Aggravation oder Simulation konsequent vom wahren objektiven klinischen Befund zu trennen, was es ihm erlaubt hätte, unter Ausblendung der „Verzerrung“ eine überzeugende Diagnose zu stellen und eine überzeugende Arbeitsfähigkeitsschätzung abzugeben. Es erscheint zwar nicht als ausgeschlossen, dass dies Prof. Dr. T. ___ effektiv gelungen ist, aber sein Gutachten enthält keine Ausführungen, die es dem medizinischen Laien erlauben würden, dies nachzuvollziehen. Im „Privatgutachten“ von Dr. R. ___ wird eine unzureichende Begründung der Diagnosestellung und insbesondere bemängelt, dass sich Prof. Dr. T. ___ nicht eingehend genug mit der im Raum stehenden posttraumatischen Belastungsstörung und mit der ebenfalls zur Diskussion stehenden Schizophrenie auseinandergesetzt habe. Das „Privatgutachten“ enthält eine völlig andere medizinische Beurteilung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers. Diese andere medizinische Beurteilung hat durchaus einen objektiven Anschein erweckt und kann deshalb nicht mit der juristischen Begründung abgetan werden, Dr. R. ___ sei anscheinensbefangen und deshalb zum Vorneherein nicht in der Lage gewesen, eine objektive Stellungnahme zu verfassen. Für einen medizinischen Laien ist es in dieser Situation nicht möglich gewesen, die Frage zu beantworten, welche Beurteilung in medizinischer Hinsicht überzeugender gewesen ist, weshalb das Einholen eines Obergutachtens erforderlich gewesen ist. Aus diesem Grund hat das Versicherungsgericht von einer Ergänzung des Gutachtens abgesehen und ein Gerichtsgutachten in Auftrag gegeben, womit sich beide Parteien einverstanden erklärt haben. Für die Beantwortung der Frage, welche Tätigkeiten dem Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht in welchem Umfang zumutbar sind, kommt dem Gerichtsgutachten

von Dr. U. ___ nur schon deshalb eine entscheidende Bedeutung zu, weil es sich dabei um ein „erstklassiges“ Beweismittel im Sinne der vom Bundesgericht eingeführten „Beweiskaskade“ handelt. Das Bundesgericht unterscheidet nämlich vier „Klassen“ von medizinischen Berichten: Berichte von behandelnden Ärzten („vierte Klasse“) verfügen generell nur über einen sehr eingeschränkten Beweiswert, weil bei der Würdigung der Erfahrungstatsache Rechnung getragen werden muss, dass behandelnde Ärzte wegen ihrer auftragsrechtlichen Stellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten berichten (BGE 125 V 351 E. 3b/cc S. 353 mit Hinweisen); auf Berichte von versicherungsinternen medizinischen Sachverständigen („dritte Klasse“) kann dagegen generell abgestellt werden, sofern nicht Zweifel an deren Überzeugungskraft bestehen, wobei allerdings bereits geringe Zweifel genügen (BGE 135 V 465 E. 4.6 S. 471 mit Hinweisen); von einem Administrativgutachten eines versicherungsexternen medizinischen Sachverständigen („zweite Klasse“) darf nach der bundesgerichtlichen Auffassung nur abgewichen werden, wenn konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353 mit Hinweisen); von einem Gerichtsgutachten („erste Klasse“) darf schliesslich nicht ohne zwingende Gründe abgewichen werden (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 4. Aufl. 2020, Art. 43 N 64, mit Hinweisen; Urteil IV 2018/409 des St. Galler Versicherungsgerichtes vom 17. Juni 2020, E. 2.4 f.). Vom Gerichtsgutachten von Dr. U. ___ als einem Beweismittel „erster Klasse“ darf also nicht ohne einen zwingenden Grund abgewichen werden. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat sich in seiner Stellungnahme vom 8. Oktober 2022 auf den Standpunkt gestellt, ein solcher zwingender Grund liege vor, weil Dr. U. ___ „persönlich und fachlich“ nicht qualifiziert sei, ein überzeugendes Gerichtsgutachten zu erstellen. Dieser Vorwurf ist offensichtlich unbegründet. Der Umstand, dass das Kantonsgericht des Kantons St. Gallen (und diesem folgend offenbar auch die Staatsanwaltschaft) ein Gutachten von Dr. U. ___ als nicht überzeugend qualifiziert und deshalb offenbar – aus nicht nachvollziehbaren Gründen – beschlossen hat, Dr. U. ___ generell nicht mehr als Sachverständigen zu beauftragen, hat für dieses Verfahren keine Relevanz. An der fachlichen Qualifikation von Dr. U. ___ bestehen keine Zweifel, da er über die für die Erstellung eines psychiatrischen Gutachtens erforderliche Aus- und Weiterbildung verfügt und da nicht ersichtlich ist, inwiefern ihn die psychiatrische Begutachtung des Beschwerdeführers fachlich hätte überfordern sollen. Auch in persönlicher Hinsicht ist entgegen der Auffassung des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers kein Grund ersichtlich, der gegen die Kompetenz von Dr. U. ___ sprechen würde, ein psychiatrisches Gerichtsgutachten zu erstellen. Dr. U. ___ mag mit gewissen öffentlichen Äusserungen in der Vergangenheit „angeeckt“ haben, aber keine der vom Rechtsvertreter des Beschwerdeführers angeführten Äusserungen zwingt zum Schluss, Dr. U. ___ sei generell nicht in der Lage, eine objektive Begutachtung durchzuführen. Das hier zur Diskussion stehende Gutachten zeichnet sich zwar stellenweise durch einen „pointierteren Sprachstil“ aus, aber es enthält keine Ausführungen, die auf eine Voreingenommenheit von Dr. U. ___ schliessen liessen, und schon gar keine „süffisanten Beleidigungen“ des Beschwerdeführers, wie der Rechtsvertreter behauptet hat. Die Beurteilung von Dr. U. ___ zeigt vielmehr auf, dass er bemüht gewesen ist, sich sorgfältig mit den zur Diskussion stehenden Diagnosen zu befassen. Jede seiner Schlussfolgerungen ist eingehend begründet, weshalb von keiner Schlussfolgerung behauptet werden kann, sie habe aus einer Voreingenommenheit von Dr. U. ___ resultiert. Von einem Anschein der Befangenheit oder von einer mangelhaften fachlichen Qualifikation von Dr. U. ___ kann

folglich nicht die Rede sein. Der Sachverständige Dr. U. ___ und die von ihm konsiliarisch beigezogene Neuropsychologin MSc X. ___ haben den Beschwerdeführer eingehend befragt und in insgesamt drei Sitzungen umfassend untersucht. Das Gutachten und der neuropsychologische Bericht enthalten eine ausführliche Wiedergabe sowohl der subjektiven Angaben des Beschwerdeführers als auch der von den Sachverständigen erhobenen objektiven klinischen Befunden, wobei die beiden Sachverständigen sorgfältig zwischen den subjektiven Angaben und den objektiven Befunden unterschieden haben, was es medizinischen Laien wesentlich erleichtert, die Schlussfolgerungen bezüglich der Diagnosestellung und der Arbeitsfähigkeitsschätzung, die auf dem objektiven Befund beruhen müssen, nachzuvollziehen. Der Sachverständige Dr. U. ___ hat die medizinischen Vorakten eingehend gewürdigt. Zusammenfassend deutet nichts darauf hin, dass er eine wesentliche Tatsache übersehen oder ignoriert hätte. In seiner Beurteilung hat sich Dr. U. ___ akribisch mit den beiden Vorgutachten von Dr. D. ___ und Prof. Dr. T. ___ sowie mit den Berichten der behandelnden Ärzte, insbesondere der ausführlichen Stellungnahme von Dr. R. ___ zum Gutachten von Prof. Dr. T. ___, auseinandergesetzt. Zudem ist er detailliert auf die zahlreichen Diskrepanzen und Inkonsistenzen eingegangen, die er beim Studium der Vorakten sowie des Testberichtes der Neuropsychologin X. ___ und während der Exploration des Beschwerdeführers festgestellt hat. Anders als Prof. Dr. T. ___ ist es Dr. U. ___ gelungen, klar und für medizinische Laien verständlich zwischen den vom Beschwerdeführer nur vorgegebenen Beschwerden und dem „wahren“ objektiven Befund zu unterscheiden. Er hat jede seiner Schlussfolgerungen bezüglich der Diagnosestellung und der Arbeitsfähigkeitsschätzung eingehend begründet und in einer für medizinische Laien verständlichen Sprache aufgezeigt, weshalb er die in den Vorakten genannten Diagnosen verworfen und die als einzige verbleibende Diagnose akzentuierter dissozialer Persönlichkeitszüge gestellt hat. Nichts deutet darauf hin, dass er sich von unsachlichen Überlegungen hätte leiten lassen. Die Schlussfolgerungen sind nachvollziehbar, einleuchtend und überzeugend. Im Ergebnis besteht – abgesehen von geringfügigen diagnostischen Unterschieden – eine völlige Übereinstimmung zwischen den drei Gutachten von Dr. U. ___, Prof. Dr. T. ___ und Dr. D. ___. Der Umstand, dass der Beschwerdeführer bei der neuropsychologischen Testung nicht uneingeschränkt kooperiert hat, schmälert den Beweiswert des Gutachtens nicht, da es der neuropsychologischen Sachverständigen trotz der teilweise mangelhaften Mitarbeit des Beschwerdeführers gelungen ist, das Vorliegen von die Arbeitsfähigkeit für ideal leidensadaptierte Tätigkeiten einschränkenden neurokognitiven Defiziten mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auszuschliessen. Diese Schlussfolgerung hat die neuropsychologische Sachverständige überzeugend anhand der – teilweise authentischen – Testergebnisse, der Beobachtung des Beschwerdeführers, der Angaben des Beschwerdeführers zu seinem Alltag sowie der Erkenntnisse aus dem eingehenden Aktenstudium begründet. Die mangelhafte Kooperation des Beschwerdeführers hat es also nicht verunmöglicht, das Vorliegen von Einschränkungen mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auszuschliessen, die in einer neurokognitiv minimal anforderungsreichen Hilfsarbeit eine relevante Arbeitsunfähigkeit bewirken würden. Ein zwingender Grund, der gegen das Abstellen auf das – „erstklassige“ – Gerichtsgutachten von Dr. U. ___ und der Neuropsychologin X. ___ sprechen würde, ist nicht ersichtlich. Gestützt auf das in jeder Hinsicht überzeugende Gerichtsgutachten von Dr. U. ___ steht folglich mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit fest, dass der Beschwerdeführer im hier massgebenden Zeitraum ab

März 2018 respektive (vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG) ab dem 1. September 2018 (weiterhin) uneingeschränkt arbeitsfähig gewesen ist. Das bedeutet, dass er ein dem statistischen Zentralwert der Hilfsarbeiterlöhne – und damit auch dem Valideneinkommen – entsprechendes Erwerbseinkommen hätte erzielen können, weshalb er nicht invalid gewesen ist. Die angefochtene Verfügung vom 3. Januar 2020 erweist sich damit hinsichtlich der Abweisung des Rentenbegehrens als rechtmässig, weshalb die dagegen gerichtete Beschwerde abzuweisen ist. Die Gerichtskosten, die angesichts des deutlich überdurchschnittlichen Verfahrensaufwandes auf 1'000 Franken festzusetzen sind, wären an sich dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. Zuzufolge der Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung ist dieser aber von der Pflicht zur Bezahlung der Gerichtskosten befreit. Die Kosten für das Gerichtsgutachten von 10'184.60 Franken und die Reisespesen des Beschwerdeführers von 225 Franken als „Zusatzkosten“ der Begutachtung sind der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Diese hat zwar ihre Untersuchungspflicht nicht schuldhaft verletzt, weil erst das nach dem Abschluss des Verwaltungsverfahrens eingereichte „Privatgutachten“ von Dr. R.____ wesentliche Zweifel an der Überzeugungskraft des Gutachtens von Prof. Dr. T.____ geweckt hat. Aber das ist irrelevant, weil die Verlegung von Kosten zur Ermittlung des massgebenden Sachverhaltes keine „haftpflichtrechtliche“ Anordnung ist, sondern sich – rein objektiv – danach richten muss, welche Partei die Untersuchungspflicht trifft. Für die Verlegung der Kosten einer Abklärungsmassnahme spielt es folglich keine Rolle, ob der untersuchungspflichtigen Partei (subjektiv) ein „Verschulden“ im Zusammenhang mit der Verletzung der Untersuchungspflicht vorzuwerfen ist. Entscheidend ist nur, ob die Untersuchungspflicht objektiv verletzt worden ist. Muss diese Frage bejaht werden, hat die untersuchungspflichtige Partei – hier die Beschwerdegegnerin – die Kosten für jene Massnahmen zu tragen, die zur vollständigen Ermittlung des Sachverhaltes notwendig gewesen sind. Der unterliegende Beschwerdeführer hat keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung. Infolge der Bewilligung der unentgeltlichen Rechtsverteidigung hat der Staat seinem Rechtsvertreter aber eine Entschädigung auszurichten, die 80 Prozent des erforderlichen Vertretungsaufwandes abdeckt (Art. 31 Abs. 3 AnwG). Der erforderliche Vertretungsaufwand ist als für einen IV-Rentenfall weit überdurchschnittlich zu qualifizieren, weshalb die Entschädigung auf 80 Prozent von 6'500 Franken, also auf 5'200 Franken festzusetzen ist. Sollten es seine wirtschaftlichen Verhältnisse dereinst gestatten, wird der Beschwerdeführer zur Nachzahlung der Gerichtskosten und zur Rückerstattung der Entschädigung für die unentgeltliche Rechtsverteidigung verpflichtet werden können (Art. 99 Abs. 2 VRP i.V.m. Art. 123 ZPO). Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP Die Beschwerde wird abgewiesen. Der Beschwerdeführer ist von der Pflicht zur Bezahlung der Gerichtskosten von 1'000 Franken befreit. Die Beschwerdegegnerin hat dem Gericht die Begutachtungskosten von 10'184.60 Franken zu bezahlen. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer die Fahrtkosten von 225 Franken zu vergüten. Der Staat hat den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers mit 5'200 Franken (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen.

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