

# SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2021/13 vom 13. März 2023

Sg Versicherungsgericht, 2023-03-13, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_IV\\_2021\\_13](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2021_13)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2021/13 du 13 mars 2023

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2021/13 del 13 marzo 2023

## Regeste

Beweiswert eines polydisziplinären Gutachtens anerkannt (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 13. März 2023, IV 2021/13).

## Volltext

Entscheid vom 13. März 2023 Besetzung Präsident Ralph Jöhl, Versicherungsrichterinnen Karin Huber-Studerus und Corinne Schambeck; Gerichtsschreiberin Fides Hautle  
Geschäftsnr. IV 2021/13 Parteien A.\_\_\_\_, Beschwerdeführer, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rente  
Sachverhalt A.\_\_\_\_ meldete sich im November 2016 bei der Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen zum Bezug von IV-Leistungen an. Er gab an, im Jahr 2014 habe er den Bachelor \_\_\_\_ Fachhochschule in \_\_\_\_ erworben. Von \_\_\_\_ 2007 bis Ende August 201\_\_ sei er in einem variablen Pensum (0 bis 100 %) als \_\_\_\_/\_\_\_\_ bei der B.\_\_\_\_ angestellt gewesen. Seit dem 1. Mai 2016 sei er krank, seit dem 1. September 2016 arbeitslos (vgl. IV-act. 1). Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, berichtete am 16. Dezember 2016 (Eingang, IV-act. 9) u.a. von Fatigue, Konzentrationsstörung und Alkoholkonsum des Versicherten. In einem Fragebogen (Fremd-act. 1-17) hatte er erklärt, der Versicherte sei voll arbeitsunfähig. Das Ziel wäre eine Arbeitsfähigkeit von 100 %. - Die Klinik D.\_\_\_\_ hatte am 25. Juli 2016 (Fremd-act. 1-22 ff.; vgl. dazu auch den Bericht vom 20. Juli 2016, IV-act. 79-12 ff.) als Diagnosen eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, ein Asperger-Syndrom und psychische und Verhaltensauffälligkeiten durch Alkohol bekanntgegeben. Der Versicherte sei vom \_\_. Mai 2016 bis \_\_. Juni 2016 stationär und vom \_\_. bis \_\_. Juli 2016 tagesklinisch behandelt worden. Das Psychiatrie-Zentrum E.\_\_\_\_ hatte der Taggeldversicherung am 12. September 2016 (Fremd-act. 1-19) - nicht ärztlich - berichtet, als Hauptdiagnose liege u.a. eine Persönlichkeitsstörung, impulsiver Typ, vor. Vom 1\_\_. Juli 2016 bis \_\_. September 2016 habe eine tagesklinische Behandlung stattgefunden. Bei Behandlungcompliance und Problemeinsicht sei eine Wiedereingliederung möglich. Die Arbeitgeberin gab in ihrer Bescheinigung vom \_\_. \_\_\_\_ 2016 (IV-act. 12) an, der Versicherte sei zuletzt ab \_\_. \_\_\_\_ 201\_\_ angestellt gewesen; sein Pensum habe ab Januar 201\_\_ 3\_\_ Stunden pro Woche [\_\_\_\_ %] ausgemacht. Sie habe ihm (am \_\_. \_\_\_\_ 2016, IV-act. 12-9) aus wirtschaftlichen Gründen auf Ende \_\_\_\_ 2016 gekündigt (mit Aufschub bis \_\_\_\_ 2016). Der letzte effektive Arbeitstag sei der \_\_. \_\_\_\_ 2016 gewesen. Die Anforderungen an Konzentration und Aufmerksamkeit, Sorgfalt und Auffassungsvermögen seien gross gewesen. Der angegebene Lohn habe der Arbeitsleistung entsprochen. Der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) der Invalidenversicherung hielt am 16. Januar 2017 (IV-act. 16) fest, gemäss einem Schreiben von Dr. C.\_\_\_\_ (vom

25. November 2016, Fremd-act. 1-16 ff.) und gemäss der Selbstdeklaration des Versicherten gegenüber dem Regionalen Arbeitsvermittlungszentrum (RAV) sei davon auszugehen, dass die Sucht so weit kompensiert sei, dass der Versicherte jegliche Tätigkeit ausüben könne. Bei einer Dekompensation bestehe die Indikation für eine stationäre Suchtbehandlung. Am 23. Januar 2017 (IV-act. 19) gab das Psychiatrie-Zentrum E.\_\_\_\_ (Dr. med. \_\_\_\_ F.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie) an, die rezidivierende depressive Störung (gegenwärtig mittelgradige Episode) liege gemäss Anamnese seit der Primarschulzeit (ca. 199\_) vor. Da der Versicherte früher erfolgreich im Arbeitsmarkt integriert gewesen sei, sei zu hoffen, dass ihm das auch nach dem Abklingen der depressiven Symptomatik wieder gelingen werde. Vom \_\_. \_\_ 2016 bis zum \_\_. \_\_ 2016 sei er als \_\_ voll arbeitsunfähig gewesen. Seither und noch bis zum 31. Januar 2017 sei er zu 50 % arbeitsunfähig. - Der RAD erklärte am 27. Februar 2017 (IV-act. 23), dieser Bericht sei unvollständig, da die Sucht nicht erwähnt werde. Nebst der Sucht lägen die Depression und die Persönlichkeitsstörung vor. Die klinische Symptomatik sei allerdings als weitgehend kompensiert und teilremittiert beschrieben worden. Im Verlaufsbericht vom 4. April 2017 (Eingang, IV-act. 29) gab das Psychiatrie-Zentrum E.\_\_\_\_ (Dr. F.\_\_\_\_) an, seit November (sc. wohl: 2016) lebe der Versicherte von Alkohol und Cannabis abstinente. Die Depression sei noch nicht remittiert. In der Tagesklinik G.\_\_\_\_ (sc. des Psychiatrie-Zentrums E.\_\_\_\_) werde auf eine Wiederherstellung einer Tagesstruktur hingearbeitet, parallel befinde sich der Versicherte in RAV-Strukturen und er bewerbe sich - allerdings zu 50 % - um eine Stelle. Die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen sprach dem Versicherten am 9. Juni 2017 (IV-act. 34) einen Support am Arbeitsplatz durch die H.\_\_\_\_ (als "Integrationsmassnahmen") in einer Tätigkeit an drei ganzen Tagen pro Woche als \_\_ vom \_\_. \_\_ 2017 bis \_\_. \_\_ 2017 (mit Taggeld, IV-act. 35) zu. - Im IV-Bericht vom \_\_. November 2017 (IV-act. 41-4 ff.) über den Verlauf wurde u.a. festgehalten, die H.\_\_\_\_ habe am \_\_. Juni 2017 berichtet, der Versicherte sei in der Lage, eine verwertbare Leistung zu erzielen. Er habe am \_\_. November 2017 mitgeteilt, er breche die I.\_\_\_\_ ab. Im Gespräch mit ihm seien tiefe seelische Verletzungen vernehmbar geworden, die aus einer schwierigen Familiensituation stammen dürften. Er habe öfters Bauchschmerzen und J...]. Der IV-Eingliederungsverantwortliche hielt schliesslich fest, es scheine offensichtlich, dass eine gesundheitliche Einschränkung bestehe, doch habe in der ganzen Zeit auch eine Unklarheit darüber bestanden, inwiefern auch IV-fremde Faktoren die Arbeitsfähigkeit beeinflussten. - Mit einer Mitteilung vom 8. November 2017 (IV-act. 44) stellte die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle die am 9. Juni 2017 zugesprochene "berufliche Massnahme" auf den 5. November 2017 ein. Am 20. Dezember 2017 (IV-act. 52-2 ff.) berichtete die Klinik J.\_\_\_\_, der Versicherte leide u.a. an einer anankastischen Persönlichkeitsstörung und an psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol und durch Cannabinoide (bezüglich beider gegenwärtig abstinente). Der Versicherte habe mitgeteilt, er konsumiere seit dem 17./18. Lebensjahr Alkohol und er sei seit Oktober 2016 abstinente. - Das Psychiatrie-Zentrum E.\_\_\_\_ (Dr. F.\_\_\_\_) hielt in einem Verlaufsbericht vom 13. Februar 2018 (IV-act. 53) fest, die anankastische Persönlichkeitsstörung bestehe seit der Jugend. Die bisherige Tätigkeit sei (von 20 % aus aufbauend) bis zu 80 % oder 100 % zumutbar. Bei Erfolg einer Behandlung sei die Prognose für eine mindestens teilweise Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf günstig. - In einem Austrittsbericht vom 3. April 2018 (über einen Aufenthalt vom 14. Februar 2018 bis 15. März 2018; IV-act. 57) teilte die Klinik J.\_\_\_\_ mit, die rezidivierende depressive Störung sei gegenwärtig remittiert. Der Versicherte habe sich im Kontakt rigide, kontrollierend, zwanghaft und bestehend auf

absolute Präzision von Aussagen gezeigt. Zudem habe eine übertriebene Beschäftigung mit selbst gesetzten, sehr strengen Normen sowie ein häufiges Infragestellen der Stationsregeln beobachtet werden können. Zu Beginn der Behandlung sei es ihm teilweise gut gelungen, sich in die Patientengruppe einzugliedern. Im Verlauf sei es jedoch zu Missverständnissen gekommen, wodurch ein Leidensdruck entstanden sei. Bei Austritt habe psychopathologisch nach wie vor eine schwere anankastische Symptomatik bestanden. Das Psychiatrie-Zentrum E.\_\_\_\_ (G.\_\_\_\_; Dr. med. K.\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie und für Psychiatrie und Psychotherapie) hatte am 1. Februar 2018 (IV-act. 59-5 f.) erklärt, der Versicherte habe sich am Ende des Tagesklinikaufenthalts vom \_\_. März 2017 bis zum \_\_. Juni 2017 in der Lage gezeigt, gewöhnliche Aktivitäten ohne auffällige Aufmerksamkeits- oder Konzentrationsstörungen auszuführen. Es hätten sich aber Schwierigkeiten auf der sozialen Ebene gezeigt. - Dr. med. L.\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie (\_\_\_\_neurologin; zusammen mit einer Neuropsychologin) am Zentrum M. hatte am 26. Februar 2018 (IV-act. 60) berichtet, beim Versicherten habe sich bei u.a. einem sehr raschen kognitiven und psychomotorischen Arbeitstempo und etwas zwanghaft perfektionistischen Zügen lediglich eine leichte Lern- sowie Abrufschwäche von verbalem Material bei ansonsten erfreulicherweise unauffälligen Leistungen in allen geprüften kognitiven Bereichen gezeigt. Testpsychologisch sei eine Aufmerksamkeits-/Hyperaktivitätsstörung aktuell nicht objektivierbar gewesen, was auf gute kognitive Kompensationsmechanismen hinweise. - Das Psychiatrie-Zentrum E.\_\_\_\_ (Facharzt N.\_\_\_\_/O.\_\_\_\_) teilte im IV-Verlaufsbericht vom 21. Juni 2018 (IV-act. 63) mit, in der bisherigen Tätigkeit als \_\_\_\_/\_\_\_\_ wirke sich die Symptomatik nachteilig auf die Interaktionen mit Kollegen/Vorgesetzten aus. Eine diversen Adaptationskriterien entsprechende Tätigkeit sei dem Versicherten zeitlich zu 80 % mit einer um 20 % verminderten Leistungsfähigkeit zumutbar. Dr. C.\_\_\_\_ berichtete am 6. August 2018 (IV-act. 72), es sei nach wie vor nicht geklärt, ob es sich um ein rein psychiatrisches Problem handle oder ob es somatische Erklärungen für die Symptomatik gebe. Selbst aufwendige Eingliederungsmassnahmen würden sich lohnen. - Das Psychiatrie-Zentrum E.\_\_\_\_ (Dr. F.\_\_\_\_) hatte am 2. Mai 2017 (IV-act. 78-17 ff.; bzw. IV-act. 95-7 ff.) festgehalten, aufgrund der klinischen Beobachtungen, der teilweise verzögerten Sprachentwicklung und der Werte in den bisherigen Skalen (Untersuchungen) scheine beim Versicherten eine genauere Psychodiagnostik angezeigt. Das Zentrum hatte eine ASS (Autismus-Spektrums-Störung bzw. Aspergersyndrom)-Diagnostik veranlasst: Die Psychiatrie P.\_\_\_\_, Psychodiagnostik, hatte in der Folge am 9. August 2017 (IV-act. 75-10 ff.) über die testpsychologische Untersuchung berichtet, es habe sich aktuell zunächst ein depressives Syndrom gezeigt. Die Beurteilung sei dadurch erschwert worden, dass der Versicherte oft vage oder widersprüchliche Angaben gemacht habe, sich nicht habe erinnern und meist auch keine konkreten Beispiele habe nennen können. Seine Hinweise, dass einiges früher nicht so gewesen sei, würden gegen eine tiefgreifende Entwicklungsstörung sprechen. Für eine abschliessende Beurteilung müssten aber zwingend umfassende fremdanamnestiche Informationen erhoben werden. Die Problematik dürfte eher (als in einem Aspergersyndrom bzw. einer Autismus-Spektrums-Störung) im Rahmen einer Persönlichkeitsstörung erfasst werden können. Dr. med. Q.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie und für Neurologie, gab in ihrem IV-Arztbericht vom 12. November 2018 (IV-act. 89) als Diagnosen u.a. eine Zwangsstörung, eine Aufmerksamkeitsstörung, einen Vd. PTBS [posttraumatische Belastungsstörung], autistische Züge, eine Neigung zu Suchtverhalten, eine atypische

Essstörung, einen Vd. ME/CFS [Myalgische Enzephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome], eine Fibromyalgie (u.a. mentale Dysfunktion, lähmende Erschöpfung, Tremor, Koordinationsstörungen, Verschlechterung 2018), ein Reizdarmsyndrom, Rücken-, Gelenk- und Muskelschmerzen sowie Hitzewallungen, teils massives Schwitzen oder Schüttelfrost, an. Der Versicherte werde mit zahlreichen aufgelisteten Medikamenten behandelt. Von Mai bis Dezember 2016 sei er voll, von Januar bis Oktober 2017 zu 50 %, von November 2017 bis Juli 2018 zu 100 % und von Juli 2018 bis August 2018 zu 50 % arbeitsunfähig gewesen. Seit September 2018 sei er bis auf weiteres voll arbeitsunfähig. Eine psychiatrische Spitex sei geplant. - Das Psychiatrie-Zentrum E. \_\_\_ (Dr. F. \_\_\_) hatte am 23. Januar 2018 (IV-act. 95-5 f.) um Kostengutsprache für die Aufnahme des Versicherten auf eine DBT (Dialektisch-Behaviorale Therapie)- Station für junge Erwachsene ersucht. Ziel wäre ein Wiedereinstieg in den ersten Arbeitsmarkt, die Aufnahme altersgemässer, von wechselseitigem Respekt getragener sozialer Beziehungen und die Bearbeitung seines negativistischen Weltbildes. - Am 29. November 2018 (IV-act. 98) gab Dr. Q. \_\_\_ an, ihre Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit von 100 % im Juli und August 2018 stehe im Gegensatz zu jener der Psychiatrie Dienste R. \_\_\_ von 50 %. Der RAD notierte am 11. Januar 2019 (IV-act. 100), die Berichte über die langjährige Suchterkrankung, die Komplikationen in den Eingliederungsbemühungen und während der stationären Aufenthalte sowie die Kommunikation des Versicherten bestätigten die für das aktenkundige ADHS und die Persönlichkeitsstörung mit autistischen und zwanghaften Zügen typischen klinischen Symptome. Der Gesundheitsschaden wirke sich durch die mittlerweile in fast allen Lebensbereichen nachgewiesene Störung der Sozialkompetenz aus. Das unbehandelte ADHS erlaube infolge der Kompensationsleistung eine Performance im Durchschnittsbereich. Die Zwangsstörung sei ebenfalls relevant, könne aber, wie ebenfalls wiederholt habe beobachtet werden können, nicht kompensiert werden. Eine erfolgreiche Medikation des ADHS (durch Methylphenidat oder einen Präparatewechsel) verspreche durchaus die Auflösung ähnlich komplexer klinischer Bilder. Erst dann könne an eine Eingliederung bzw. an die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit gedacht werden. - Auf Anfrage, ob je eine ausreichend dosierte medikamentöse Behandlung des zu Beginn von 2018 diagnostizierten ADHS stattgefunden habe (vgl. IV-act. 101), antwortete Dr. Q. \_\_\_ am 29. März 2019 (IV-act. 107), bei der komplexen Symptomatik sei unter der Medikation mit Ritalin, Elvanse und Strattera (alles Psychostimulantien/ADHS-Therapeutika) und Wellbutrin (Antidepressivum) bis anhin kein befriedigender Therapieerfolg erzielt worden (lediglich phasenweise eine relative Verbesserung). Auch unterschiedlichste Antidepressiva und weitere Medikamente hätten keinen deutlich positiven Effekt gehabt. - Der RAD notierte am 8. Mai 2019 (IV-act. 109), der Versicherte sei zwar dauerhaft in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt, doch bestehe ein Eingliederungspotential. Dem Versicherten sei eine adaptierte Tätigkeit aktuell mindestens halbtags zumutbar, wahrscheinlich steigerungsfähig. Die Tätigkeit während der beruflichen Massnahme 2017 sei aus medizinischer Sicht adaptiert gewesen. Es entstehe der Eindruck, dass die Prognose der Eingliederungsbemühungen nicht allein durch medizinische Faktoren beeinflusst werde. In einem Bericht vom \_\_\_ Februar 2019 über eine verkehrsmedizinische Begutachtung durch das Kantonsspital S. \_\_\_ vom \_\_\_ 2019 (IV-act. 116) war dargelegt worden, in einem Gutachten des Instituts für Rechtsmedizin am Kantonsspital St. Gallen vom \_\_\_ 2018 sei davon ausgegangen worden, dass bezüglich des Alkohols eine ca. zwölfmonatige Abstinenz vorgelegen habe (Cannabisabstinenz nur lückenhaft nachgewiesen). Bei einer rezidivierenden depressiven Störung habe aber keine mindestens zwölfmonatige psychische

Stabilität und weitestgehende Symptombefreiheit ausserhalb des stationären Settings bestanden, so dass die Fahreignung damals nicht befürwortet worden sei. Zur aktuellen Begutachtung (2019) war festgehalten worden, der Versicherte habe erklärt, seit Herbst 2018 noch ca. einmal pro Monat in psychiatrischer Behandlung zu stehen. Seit zwei Jahren nehme er regelmässig Medikamente ein. Im Januar 2018 sei er freiwillig (und ohne Verschlechterung des Zustands) für vier Wochen in der Klinik J.\_\_\_\_ gewesen. Die Fahreignung des Versicherten könne aus verkehrsmedizinischer Sicht wieder befürwortet werden. Die Alkoholabstinenz könne ab ca. Dezember 2016 mit einem Unterbruch zwischen ca. Mitte November 2017 und ca. Mitte August 2018 belegt werden. Es hätten sich keine Hinweise auf eine Verlagerung zum Cannabis ergeben. Unter der aktuellen Therapie könne auch von einer längerfristigen psychischen Stabilität ausgegangen werden. Es hätten keine verkehrsmedizinisch relevanten psychopathologischen Auffälligkeiten bestanden. Schon bei einer Vorbegutachtung sei eine unauffällige Psychopathologie beschrieben worden. Die depressive Symptomatik sei bei der Hospitalisation im Januar 2018 als remittiert beschrieben worden. Als Auflage seien (u.a.) eine regelmässige Kontrolle und Behandlung der psychiatrischen Erkrankung nötig. Der RAD hielt daraufhin am 17. Juni 2019 (IV-act. 129) fest, der Gesundheitszustand des Versicherten weise zwar klinisch punktuelle behandlungswürdige Symptome auf, doch seien das Funktionsniveau und die Ressourcenlage in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit in der Tätigkeit als \_\_\_\_ erwiesenermassen mittel- und langfristig so hoch, dass im selbstgewählten Umfang von 75 % Arbeitstätigkeit sicherlich keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu erwarten sei. Weitere Abklärungen erschienen als nicht sinnvoll. Die eingegangenen Akten und der bisherige Verlauf liessen zwanglos den Schluss zu, dass die Tendenz bestehe, Untersucher zu manipulieren und Behandler zu instrumentalisieren. Das manipulative Verhalten könne nicht durch eine Krankheit erklärt werden. Am 24. Juni 2019 (IV-act. 132) teilte die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle dem Versicherten mit, er sei im Eingliederungsprozess unterstützt worden und vorübergehend in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt gewesen; nun bestehe wieder eine volle Arbeitsfähigkeit. Auf weitere berufliche Massnahmen bestehe deshalb kein Anspruch. Dr. Q.\_\_\_\_ berichtete der Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle am 27. Juni 2019 (IV-act. 133), der Versicherte werde neu von der psychiatrischen Spitex unterstützt. Ihm seien die bisherige und eine adaptierte Tätigkeit zunächst mit einem Pensum von 20 % (ca. zweimal drei Stunden pro Woche) zumutbar. Der RAD notierte am 2. September 2019 (IV-act. 146), zur Validierung der geltend gemachten somatischen und psychiatrischen Funktionseinschränkungen sei eine polydisziplinäre Begutachtung angezeigt. Aufgrund der bisherigen Diagnosen sei die geltend gemachte hochgradige Arbeitsunfähigkeit nicht konsistent nachvollziehbar. Die Nachvollziehbarkeit werde durch die subjektive Darstellung des Gesundheitszustandes gegenüber den verkehrsmedizinischen Untersuchungsstellen zusätzlich reduziert. Gemäss den Angaben der Behandlerin habe der Versicherte aktuell eine Anstellung bei der T.\_\_\_\_; er strebe ein Pensum von 40 % an. Dr. C.\_\_\_\_ berichtete am 21. September 2019 (IV-act. 136-1 f.), der Versicherte sei ein Patient, mit dem er betreffend die diagnostische Einordnung überfordert sei. Seiner Meinung nach sei er einem Arbeitgeber in der freien Wirtschaft nicht zumutbar. Ein kleiner symptomatischer Erfolg sei die Reduktion der Darmpilze mit Fluconazol gewesen, was zu einer Besserung der Bauchbeschwerden geführt habe. Aktuell stünden somatische Untersuchungen im Bereich der Gastroenterologie am \_\_\_\_ klinik an. Er lege diesbezüglich und zum Os sacrum je ein MRT bei. Im Gutachten vom 6. April 2020 (IV-act. 152; Begutachtung am 3. Februar 2020) gaben die medexperts als einzige Diagnose

mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beim Versicherten kombinierte Persönlichkeitsstörungen an. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien unter anderem eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert, ein St. n. Störung durch Alkohol, Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtig abstinente, rezidivierende Lumbalgien, Nackenbeschwerden und unspezifische Periarthropathien: rechte Schulter, Ellbogen, rechte Hüfte seitlich und Knie, sowie ein Reizdarmsyndrom diagnostiziert worden (vgl. IV-act. 152-6). Internistisch und rheumatologisch ergäben sich keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit für die angestammte Tätigkeit (vgl. IV-act. 152-7). Psychiatrisch ergebe sich aktuell anhand der remittierten depressiven Störung und der nicht authentischen Beschwerdeschilderungen keine überwiegend wahrscheinliche Limitation der Arbeitsfähigkeit (vgl. IV-act. 152-8). Eine Sanierung des Schimmelbefalls in der Wohnung werde, um Folgeerkrankungen zu vermeiden, dringend angeraten. Ein Hinweis für ein Asthma bronchiale, das durch den Schimmel hätte verursacht worden sein können, habe nicht bestanden (vgl. IV-act. 152-8). Zentral scheine eine Verbitterungsstörung zu sein, die nur zum Teil eine Prolongierung durch die kombinierten Persönlichkeitsstörungen erfahren habe. Eine posttraumatische Belastungsstörung könne überwiegend wahrscheinlich ausgeschlossen werden. Die posttraumatische Verbitterungsstörung sei jedoch überwiegend wahrscheinlich vorhanden. Allerdings habe diese Diagnose keinen Einzug in die ICD-10 oder die DSM-5 gehalten und sei daher versicherungsmedizinisch nicht relevant (vgl. IV-act. 152-9). Die Gutachter kamen zum Schluss, dass die Arbeitsfähigkeit des Versicherten weder in der bisherigen Tätigkeit noch in einer adaptierten Tätigkeit einschränkt sei. Die Gesamtarbeitsfähigkeit imponiere bei einer nicht authentischen Beschwerdeschilderung nicht überwiegend wahrscheinlich limitiert (vgl. IV-act. 152-8). - Im Einzelnen hielt der Gutachter der Allgemeinen Inneren Medizin in seinem Teilgutachten (IV-act. 152-31 ff.) fest, an den Unterarmen des Versicherten fänden sich beidseits (in der Jugend) selbst zugefügte Ritzverletzungen (vgl. IV-act. 152-36). Aus allgemein-internistischer Sicht bestünden keine Fähigkeits- und Funktionseinschränkungen (vgl. IV-act. 152-37). - Der Gutachter der Rheumatologie führte in seinem Teilgutachten (IV-act. 152-40 ff.) aus, die Diagnosen ergäben sich aus den wenigen somatischen Vorbeurteilungen, vor allem aus einer konventionell-radiologischen Diagnose einer Spondylolyse L5/S1 ohne Spondylolisthesis und einem MRI 09/2017 ohne Nachweis einer Spondylarthropathie oder Sakroiliitis (vgl. IV-act. 152-43). Objektivierbare Einschränkungen für die erlernte, überwiegend "büromässige" Tätigkeit ergäben sich nicht. Es bestünden einige Zeichen für ein nicht organisches Krankheitsverhalten (Erschöpfbarkeit, aber auch rezidivierende lumbale, zervikale oder Periarthropathiebeschwerden; vgl. IV-act. 152-43). - Der Gutachter der Psychiatrie erklärte in seinem Teilgutachten (IV-act. 152-12 ff.), teilweise habe sich der Versicherte genervt und leicht dysphorisch gereizt gezeigt; es sei ihm vieles egal. Er habe über Ängste berichtet, dass seiner \_\_\_ etwas passieren könnte. Antrieb und Psychomotorik hätten während der Exploration unauffällig imponiert, insbesondere habe der Versicherte nicht angespannt gewirkt (vgl. IV-act. 152-17). In den Vorberichten würden multiple psychiatrische Diagnosen postuliert, wobei auffällig sei, dass es darin zwischen 2013 und mindestens 2018 zu einer fast stetigen Zunahme der psychiatrischen Diagnosen gekommen sei, die aber mehrheitlich nicht ausreichend hergeleitet worden seien. Zudem seien tiefgreifende/tiefverwurzelte psychiatrische Diagnosen postuliert worden, die typischerweise mit einem frühen Störungsbeginn einhergehen bzw. durch Limitationen der Leistungsfähigkeit auch früh lebensgeschichtlich auffällig sein müssten (vgl.

IV-act. 152-21). Anhaltspunkte für eine PTBS hätten sich aber nicht finden lassen. Auch für ein AD(H)S seien aktuell und aufgrund der mehrfachen neuropsychologischen Testergebnisse keine überwiegend wahrscheinlich erfüllten Diagnosekriterien vorhanden, zumal der Versicherte die Schule und ein Studium habe abschliessen können und der protrahierte Studienverlauf mit überwiegender Wahrscheinlichkeit durch den vermehrten Alkoholkonsum bedingt gewesen sei. Zudem habe der Versicherte mehrere Jahre lang beim gleichen Arbeitgeber gearbeitet. Die Strattera-Medikation erfolge daher off label und könne bei einer aktuell fehlenden beruflichen Konzentrationsnotwendigkeit kritisch hinterfragt werden. Für eine Autismus-Spektrums-Störung finde sich in den Akten anhand der Testresultate von neuropsychologischer Seite her kein objektiver bzw. überwiegend wahrscheinlicher Anhaltspunkt. Auch im Rahmen der Begutachtung(en) habe sich der Versicherte zudem sozial adäquat bzw. unauffällig interagierend gezeigt. Aufgrund der Akten und der Angaben des Versicherten sei von einer langjährigen Störung durch Alkohol von ca. 18-/19-jährig [200\_/200\_] bzw. 20\_\_ bis ca. 2016 auszugehen. Anhand des Verlaufs seit 2016 mit mehrheitlicher Abstinenz imponiere diese Störungskategorie aktuell nicht mehr als im Vordergrund stehend. Bezüglich der Persönlichkeit fänden sich aktuell und insbesondere lebensgeschichtlich bzw. anhand des Verlaufs sowohl therapeutisch als auch beruflich bzw. im Rahmen der versuchten beruflichen Wiedereingliederung teilweise Auffälligkeiten. Sowohl hinsichtlich der vom Versicherten geäusserten Zäsur durch den Führerausweisentzug, den er bis heute als ungerechtfertigt ansehe, als auch hinsichtlich der Kündigung ergäben sich aus der aktuellen gutachterlichen Sicht zahlreiche Aspekte für eine posttraumatische Verbitterungsstörung (vgl. IV-act. 152-25 f.). Der Gutachter der Psychiatrie stellte fest, anhand der aktuell remittierten depressiven Störung und der nicht authentischen Beschwerdeschilderungen ergebe sich zurzeit keine überwiegend wahrscheinliche Limitation der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen oder einer adaptierten Tätigkeit (vgl. IV-act. 152-28). - Der RAD notierte am 9. April 2020 (IV-act. 154), es handle sich um ein umfassendes polydisziplinäres Gutachten. Mit Vorbescheid vom 28. April 2020 (IV-act. 157) stellte die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle dem Versicherten die Abweisung seines Rentengesuchs in Aussicht. Am 5. Mai 2020 (IV-act. 159) leitete der Versicherte der Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle einen Mailwechsel mit der procap-Mitarbeiterin vom gleichen Tag weiter. Darin hatte er dargelegt, er wisse nicht, wie er in dieser Situation und mit dieser Vergangenheit ohne fremde Hilfe eine normale Anstellung finden sollte. Fälschlicherweise seien die Tatsachen als fehlende Mitwirkungspflicht abgetan worden (vgl. IV-act. 159-4 f.). Er hatte im Weiteren beanstandet, von den Problemen, die er beschrieben habe, sei im Gutachten nichts verwertet worden. Ein sehr grober Fehler sei jedenfalls, dass die IV die Sache mit dem Ausweisentzug bzw. dessen Wiedererteilung in Zusammenhang mit dem Gesundheitszustand und der Arbeitsfähigkeit bringe. Er wolle ja arbeiten und er habe eine berufliche Wiedereingliederung gutgeheissen und gewünscht, aber realistisch und sinnvoll wäre eine Arbeit um 50 % herum, selbst wenn er die ganze Zeit anwesend wäre (vgl. IV-act. 159-1 f.). In einem Mail vom 3. Juli 2020 (IV-act. 166) mit verschiedenen Beilagen teilte der Versicherte der IV u.a. mit, er warte noch auf eine Überweisung und einen Termin am Universitätsspital Zürich. Im Einwand vom 3. Juli 2020 (IV-act. 167) machte er geltend, er sei aus gesundheitlichen Gründen nicht in der Lage, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen, geschweige denn habe er eine Chance, selbst eine Anstellung zu finden. Das Gutachten sei einerseits voller Fehler und Fehleinschätzungen, andererseits fehlten Komponenten aus seinen Aussagen und/oder den Vorakten. Im Nachtrag (IV-act. 168) ergänzte er, er wolle

der IV seinen Zustand, die Tatsachen und die Erwartungen aus erster Hand persönlich darlegen, da die Beschwerden im Gutachten ja sinngemäss als gelogen ("nicht authentisch") dargestellt worden seien und es ansonsten nur darauf hinauslaufe, dass eine Person von der zuvor berichtenden Person abschreibe. Die meisten Experten und Fachärzte könnten nicht verstehen oder sich vorstellen, wie es ihm gehe und in seinem Alltag laufe (oder eben nicht laufe). - In seiner Auseinandersetzung mit dem Gutachten in einem Mail vom 18. Juni 2020 zuhanden von Dr. Q.\_\_\_\_ und der procap-Mitarbeiterin (IV-act. 169) hatte er erklärt, die Annahme einer Instrumentalisierung der Behandler sei unverschämt. Ab Sommer/Herbst 2018 und insbesondere ab \_\_\_\_/\_\_\_\_ 2019, als er während etwa drei Monaten für die T.\_\_\_\_ als \_\_\_\_- und \_\_\_\_ tätig gewesen sei, sei die bisher zu Unrecht angenommene Depression tatsächlich zum Problem geworden. Seine Magen-/Darmbeschwerden bereiteten ihm Probleme beim Einhalten von Terminen. Auch ohne Arbeit fühle er sich stets gestresst und am Ende seiner Kräfte. Sein Gesundheitszustand habe sich seit 2016 deutlich verschlimmert. Wegen starker Verspannungen im Schulter-/Nackensbereich könne er kaum noch längere Zeit am Computer sitzen und wegen der Kreuzschmerzen kaum länger richtig auf einem Stuhl sitzen. Auch das Steissbein schmerze nach wie vor bereits bei geringstem Druck. Die zwanghaft perfektionistische Persönlichkeitsstörung werde als unbedeutend abgetan, obwohl sie sehr viele Probleme verursache und gemäss dem Gutachten einen enormen Ressourcenverschleiss bewirke. Aufgrund des zu hohen Atomoxetin-Spiegels (Strattera) im Blut seien im Anschluss an das Gutachten die Dosen von Strattera und Wellbutrin gesenkt worden, was die Beeinträchtigungen zusätzlich verschlimmert habe. Abgesehen von der Erwähnung einer Stresstörung habe er keine Bezugnahme auf den Bericht einer neurologischen Untersuchung von U.\_\_\_\_ (vgl. act. G 5) im Jahr 2017 und seine darin genannte schnelle Aktivierung gefunden, die eine weitere Ursache für die Erschöpfung sein könnte. - Im Bericht über die Besprechung mit der Krankenversicherung und der Spitex-Mitarbeiterin vom \_\_\_\_ August 2019 (IV-act. 171) war festgehalten worden, der Versicherte befinde sich gemäss der Spitex-Mitarbeiterin mehr und mehr in einer Abwärtsspirale. Von den Gesprächen bei Dr. Q.\_\_\_\_ und der Unterstützung durch die Spitex, die er gesundheitsbedingt nur schwer annehmen könne, allein könne keine hilfreiche Veränderung der Lebenssituation erwartet werden. Daher sei die Möglichkeit eines betreuten Wohnens besprochen worden, was der Versicherte jedoch nicht befürworte. Die derzeitige Tätigkeit bei der T.\_\_\_\_ überfordere den Versicherten. Für eine Prüfung der Mängel in der Wohnung müsste der Versicherte bereit sein, den Vermieter in die Wohnung zu lassen. Am 24. November 2020 (IV-act. 179) teilte das vom Versicherten am 26. Oktober 2020 (IV-act. 176) zur Erhebung eines Einwandes ermächtigte V.\_\_\_\_ der Sozialversicherungsanstalt des Kantons St. Gallen mit, der Versicherte wohne derzeit in einer Notunterkunft. – Dr. Q.\_\_\_\_ hatte in ihrer Stellungnahme vom 30. November 2020 (IV-act. 181) eine Unterstützung des Versicherten bei der Entwicklung von Perspektiven als dringend erforderlich bezeichnet. Der Gutachter habe die Prognose für eine berufliche Wiedereingliederung als eingeschränkt betrachtet, da Beeinträchtigungen mit einem psychiatrischen Behandlungsbedarf bestünden. Angesichts der Defizite im Bereich der Exekutivfunktionen sei nach ihrer Auffassung eine engmaschige Begleitung des Versicherten (durch einen Coach) dringend erforderlich; selbständig könne der Versicherte keine Eingliederung erreichen. Die Annahme im Gutachten, dass die Ausführungen des Versicherten manipulativ und nicht authentisch seien, sei hypothetisch und spreche dafür, dass dessen tatsächliche Situation, der Zustand und der Schweregrad aller Einschränkungen in ihrer Summe nicht berücksichtigt worden seien. Der Versicherte könne seine Wohnung

nicht in Ordnung halten, habe keine geregelte Tagesstruktur und könne soziale Kontakte kaum aufrechterhalten. Er könne die grundlegenden Bedürfnisse nicht erfüllen. Die kommunikativen Kompetenzen seien erheblich eingeschränkt; der Versicherte könne nicht sein eigener Fürsprecher sein, er bringe sich in Gesprächssituationen oft in eine nachteilige Lage. Er habe eine tiefe Frustrationstoleranz und es bestehe ein hoher Anspruch an sich selbst. Die Einschränkungen seien von der betreuenden Spitex und der \_\_\_ bestätigt worden, was gegen manipulative Aussagen spreche. Der Bericht von U. \_\_\_ vom August 2018 (mit den Faktoren Stresstörung, erhöhte Stressanfälligkeit, innere Unruhe, reduzierte Flexibilität, Schwierigkeiten im Umgang mit unerwarteten Situationen, erhöhte Impulsivität) sei nicht berücksichtigt worden. Derzeit sei keine Arbeitsfähigkeit des Versicherten im ersten Arbeitsmarkt anzunehmen. Der RAD hielt am 4. Dezember 2020 (IV-act. 182) fest, die von Dr. Q. \_\_\_ angeführten Sachverhalte seien im Gutachtenzeitpunkt bereits bekannt gewesen. Konkretisierte und objektive Anhaltspunkte, welche die Einschätzung durch den Gutachter widerlegen würden, fehlten. Auch in diesem Schreiben habe Dr. Q. \_\_\_ auf eine sorgfältige Darstellung der bisherigen therapeutischen Interventionen, insbesondere in Bezug auf die substanzinduzierten kognitiven Störungen und das ADHS, verzichtet. Sie sei auch nicht auf die verkehrsmedizinische Begutachtung und ihre Stellungnahme dazu eingegangen. Wegen der schweren Inkongruenzen in den Aussagen des Versicherten und seiner Behandlerin gegenüber dem Institut für Rechtsmedizin einerseits und gegenüber der IV andererseits sei das Gutachten ja gerade veranlasst worden. Dieses habe die Differenzen geklärt. Mit Verfügung vom 8. Dezember 2020 (IV-act. 184) wies die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen das Gesuch des Versicherten vom 25. November 2016 um eine Rente ab. Zur Begründung führte sie aus, aus dem Bericht von Dr. Q. \_\_\_ gingen versicherungsmedizinisch betrachtet weder eine Verschlechterung noch neue Sachverhalte hervor. Aus diesem Grund halte sie an ihrem Entscheid fest. Gegen diese Verfügung richtete sich die Beschwerde vom 21. Februar 2021 (Poststempel: 25. Januar 2021; act. G 1). Der Beschwerdeführer erklärte sich mit der Ablehnung seines Anspruchs auf Invalidenleistungen nicht einverstanden. Aufgrund seiner schlechten gesundheitlichen Verfassung sei es ihm nicht möglich, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen. Obwohl fachärztliche Berichte über eine Arbeitsunfähigkeit vorgelegen hätten, habe die Beschwerdegegnerin aufgrund der Komplexität des Krankheitsbildes eine Begutachtung durchführen lassen. Dass er gemäss dem Gutachten arbeitsfähig sei, könnten seine behandelnden Ärzte und er nicht nachvollziehen. Das Gutachten sei in der Folge durch die behandelnde Psychiaterin widerlegt worden. Die Argumente von Dr. Q. \_\_\_ hätten bei der Beschwerdegegnerin aber kein Gehör gefunden. So seien weder der U. \_\_\_-Bericht noch die Tatsache, dass ihm bei der T. \_\_\_ innerhalb der dreimonatigen Probezeit bereits wieder gekündigt worden sei, berücksichtigt worden. Die Kündigung sei erfolgt, weil er aus verschiedenen Gründen nach wie vor die Leistung nicht erbringen können und noch immer sehr viel langsamer als alle anderen gewesen sei. Mit der Zeit seien vermehrt Ausfälle wegen psychosomatischer, grippeähnlicher Symptome sowie wegen einer depressiven Verstimmung hinzugekommen. Letztere habe sich seit ca. Herbst 2018 langsam und stetig aufgebaut. Die wechselnden Diagnosen bezüglich der Depression, insbesondere jene vom Juni 2019 (stabil remittiert) und vom September 2019 (remittiert), letztere während der Zeit bei der T. \_\_\_, nahe dem Tiefpunkt, seien nicht nachvollziehbar. Auch seien die Themenbereiche Erschöpfung, Konzentration und Leistungsfähigkeit und die Auswirkung der Gesamtheit aller Beeinträchtigungen im Gutachten zu wenig gewürdigt worden, ebenso die Tatsache, dass es ihm über die letzten

Jahre, sogar ohne Erwerbstätigkeit, bis heute immer weniger gelungen sei, seinen Alltag allein oder überhaupt noch zu meistern. Zudem sei es nicht zulässig, das Wiedererlangen des Führerscheins mit dem Gesundheitszustand in Korrelation zu setzen. Sehr erschwerend hinzugekommen sei die überraschende Trennung der seit über einem Jahrzehnt andauernden Partnerschaft. Seine Ärzte und er prüften derzeit, ob ein Gegengutachten gemacht werden solle; für diese Abklärungen beantrage er eine Fristverlängerung. Unabhängig von diesen Umständen würde er gern bald wieder einer ordentlichen Tätigkeit nachgehen oder das zumindest versuchen. Da er über keine Belastbarkeit verfüge und seine Leistungsfähigkeit drastisch eingeschränkt sei, wäre ein reguläres Bewerbungsverfahren aussichtslos. Daher betrachte er eine berufliche Wiedereingliederungsmassnahme durch die Invalidenversicherung als das Allermindeste (seines Anspruchs), zusammen mit einer dem Ergebnis angepassten, vorübergehenden Teilrente. Einstiegsspensum und Steigerungsrate müssten aber angemessen und realistisch sein. - Am 8. Februar 2021 (vgl. act. G 3) stellte der Beschwerdeführer ein Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege. Seit September 2020 wurde er gemäss deren Bestätigung vom 2. Februar 2021 (act. G 5) vollumfänglich von den Sozialen Diensten unterstützt. In ihrer Beschwerdeantwort vom 15. April 2021 (act. G 8) beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Sie führte aus, der Beschwerdeführer habe nach einer Ausbildung von \_\_\_ 200\_ bis \_\_\_ 2014 den Bachelor in \_\_\_ an der Hochschule erworben. Die Stelle als \_\_\_, die er von \_\_\_ 201\_ bis August 2016 innegehabt habe, habe er aus wirtschaftlichen Gründen verloren. Der RAD habe am 8. Mai 2019 eine mindestens halbtägige Arbeitsfähigkeit, wahrscheinlich steigerungsfähig, angenommen. Nach Eingang des Berichts der H. \_\_\_ und des verkehrsmedizinischen Gutachtens vom \_\_\_ \_\_\_ 2019 sei der RAD am 17. Juni 2019 zum Schluss gekommen, dass eine volle Arbeitsfähigkeit bestehe. Das polydisziplinäre Gutachten lege schlüssig dar, weshalb in einer angestammten und in einer adaptierten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 100 % vorliege. Dem Gutachten komme voller Beweiswert zu. Der Bericht von Dr. Q. \_\_\_ vom 30. November 2020 sei vom RAD eingehend gewürdigt worden; er enthalte keine Anhaltspunkte, welche die Einschätzung der Gutachter widerlegen würden. Auch das Scheitern des Arbeitsversuchs bei der T. \_\_\_ spreche nicht gegen eine volle Arbeitsfähigkeit, da solche Arbeitsversuche massgebend von der Motivation einer versicherten Person abhängig seien und da es aufgrund der in den Akten erwähnten eingeschränkten Motivation sowie des manipulativen Verhaltens nicht möglich sei, den Anteil eines allfälligen Motivationsmangels vom willentlich nicht steuerbaren Unvermögen, eine volle Leistung zu erbringen, auszuschneiden. Eingliederungsmassnahmen bildeten im Übrigen nicht Gegenstand des vorliegenden Verfahrens. Am 20. April 2021 (act. G 9) bewilligte die zuständige Richterin die unentgeltliche Rechtspflege (Befreiung von den Gerichtskosten). Von der ihm am 20. April 2021 (act. G 10) gebotenen Möglichkeit, sich zur Beschwerdeantwort vernehmen zu lassen, hat der Beschwerdeführer innert der angesetzten Frist keinen Gebrauch gemacht (vgl. act. G 11). - Mit Schreiben vom 20. April 2022 (act. G 14) und vom 3. Mai 2022 (act. G 16, an neue Adresse) hat das Gericht den Beschwerdeführer zum Einreichen eines allfälligen Gutachtens oder allfälliger Stellungnahmen aufgefordert. Auch diese Frist (bis 23. Mai 2022) ist unbenützt abgelaufen. Erwägungen angefochten ist die Verfügung vom 8. Dezember 2020, mit welcher die Beschwerdegegnerin das Gesuch des Beschwerdeführers vom 25. November 2016 abgelehnt hat. Berufliche Eingliederungsmassnahmen werden in der angefochtenen Verfügung nicht erwähnt. Deshalb ist davon auszugehen, dass sie nicht Gegenstand dieser Verfügung bilden. Die Beschwerdegegnerin hatte die Eingliederungsbemühungen mit einer

Mitteilung vom 24. Juni 2019 abgebrochen mit der Begründung, der Beschwerdeführer sei nun versicherungsmedizinisch gesehen wieder voll arbeitsfähig. Der Beschwerdeführer hat im Mai und Juli 2020 (vgl. IV-act. 167 und 159) im Verwaltungsverfahren erneut um berufliche Massnahmen zur Wiedereingliederung ersucht. Das betreffende Gesuch des Beschwerdeführers ist noch bei der Beschwerdegegnerin hängig. Der Beschwerdeführer beantragt im Beschwerdeverfahren sinngemäss Leistungen der Invalidenversicherung und erneute Wiedereingliederungsmassnahmen. Er macht geltend, eine berufliche IV-Wiedereingliederungsmassnahme sei das Allermindeste (seines Anspruchs); dazu sollte eine deren Ergebnis angepasste, vorübergehende Teilrente kommen. Der die berufliche Eingliederung betreffende Antrag geht über den Streitgegenstand hinaus. Auf diesen Antrag kann deshalb nicht eingetreten werden. Nach Art. 28 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20; in der vorliegend anwendbaren, bis 31. Dezember 2021 in Kraft gewesenen Fassung, vgl. BGE 132 V 215 E. 3.1.1) besteht der Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % Anspruch auf eine Viertelsrente. Als Grundlage der Invaliditätsbemessung ist der medizinische Sachverhalt relevant. Sämtliche psychischen Erkrankungen sind nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung (vgl. BGE 143 V 418 E. 7.1 f.) grundsätzlich einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen. Dasselbe gilt nach der neueren Rechtsprechung des Bundesgerichts (BGE 145 V 215) auch für die Frage, ob und gegebenenfalls inwieweit sich ein fachärztlich diagnostiziertes Abhängigkeitssyndrom im Einzelfall auf die Arbeitsfähigkeit der versicherten Person auswirke (vgl. BGE 145 V 215 E. 7). Die funktionellen Folgen der Gesundheitsschädigung sind qualitativ zu erfassen und quantitativ einzuschätzen. Für die Beurteilung des funktionellen Leistungsvermögens sind in der Regel diverse Standardindikatoren beachtlich, die in zwei Kategorien, nämlich einerseits in der Kategorie des funktionellen Schweregrads und andererseits in jener der Konsistenz, systematisiert werden. Die Beschwerdegegnerin hat die angefochtene Verfügung auf das Gutachten vom 6. April 2020 abgestützt. Im Folgenden ist deshalb zu prüfen, ob dieses Gutachten den massgebenden Sachverhalt mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachweist. Im rheumatologischen Gutachten ist der erhobene klinische Untersuchungsbefund umschrieben worden. Der Experte hat einen hinkfreien Gang und beim Aus- und Anziehen keine Schonhaltung des Beschwerdeführers festgestellt. Die Rückenstatik ist normal, Rumpfbeugen, Seiten- und Rückneigen sind beschwerdefrei möglich gewesen. Es ist davon auszugehen, dass die klinische rheumatologische Abklärung lege artis erfolgt ist, so dass die für eine Erwerbstätigkeit (bzw. einen Rentenanspruch) relevanten Beeinträchtigungen erkannt worden wären. Der internistische Gutachter ist von einem floriden Schimmelfall in der Wohnung des Beschwerdeführers ausgegangen, hat aber festgestellt, dass sich kein Hinweis auf ein Asthma bronchiale ergeben habe. In der Laboranalyse hätten sich keine internistischen Auffälligkeiten gezeigt. Aufgrund der klinischen Begutachtung, von der anzunehmen ist, sie sei lege artis erfolgt, kann für überwiegend wahrscheinlich angenommen werden, dass die Beschwerden des Beschwerdeführers keine für die Arbeitsfähigkeit relevante Qualität und Stärke erreichen. Bei der psychiatrischen Abklärung sind als Leiden mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit kombinierte Persönlichkeitsstörungen mit insbesondere anankastischen, impulsiven (teils selbstverletzenden) emotional-instabilen, aber auch passiv-aggressiven Aspekten erhoben

worden. Der Gutachter hat dargelegt, beim Beschwerdeführer fänden sich Selbstverletzungen, Perfektionismus, Rigidität und Eigensinn, eine gewisse Pedanterie und eine Verschleppung von Routineaufgaben, \_\_\_\_, Reizbarkeit bzw. \_\_\_\_ sowie eine eingeschränkte Kritikfähigkeit. Hinsichtlich der - hauptsächlich relevanten - Beeinträchtigungen der Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers hat der psychiatrische Gutachter festgehalten, auch die allgemeinen Diagnosekriterien für Persönlichkeitsstörungen gemäss ICD-10 erschienen grundsätzlich überwiegend wahrscheinlich als erfüllt (vgl. IV-act. 152-22). Diese Kriterien seien eine deutliche Unausgeglichenheit in den Einstellungen und im Verhalten in mehreren Funktionsbereichen wie Affektivität, Antrieb, Impulskontrolle, Wahrnehmung und Denken und in Beziehungen zu anderen, wobei das auffällige Verhaltensmuster andauernd und gleichförmig und nicht rein auf Episoden psychischer Krankheiten begrenzt imponiere und tiefgreifend und in vielen persönlichen und sozialen Situationen eindeutig unpassend erscheine. Die Störungen begännen immer in der Kindheit oder Jugend und manifestierten sich auf Dauer im Erwachsenenalter, führten zu deutlichem subjektivem Leiden, manchmal jedoch erst im späteren Verlauf, und seien meistens, aber nicht immer mit deutlichen Einschränkungen der beruflichen und sozialen Leistungsfähigkeit verbunden (vgl. IV-act. 152-22). Zur Hauptdiagnose mit diesen zahlreichen Symptomen kommen beim Beschwerdeführer gemäss der Expertise ausserdem als Komorbidität zwei weitere (Neben-) Diagnosen (ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit) hinzu. Dabei handelt es sich um eine bei der Begutachtung remittierte rezidivierende depressive Störung und um einen St. n. Störung durch Alkohol, Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtig abstinent. Des Weiteren hat der psychiatrische Gutachter festgestellt, dass der Beschwerdeführer an Einschränkungen aufgrund einer posttraumatischen Verbitterungsstörung mit entsprechenden emotionalen Symptomen oder Verhaltensauffälligkeiten, Gefühlen der Verbitterung, Wut und Hilflosigkeit sowie gewisser dysphorischer Herabgestimmtheit sowie einer subjektiven Antriebsreduktion oder -blockade, mit anamnestisch unspezifischen psychosomatischen Symptomen, gewisser querulatorischer Hartnäckigkeit im Kampf um die Wiederherstellung von Gerechtigkeit und phasenweise Lebensüberdross und subjektiven Problemen in der Bewältigung des Alltags und der Aktivitäten leidet (vgl. IV-act. 152-23). Er hat festgehalten, versicherungsmedizinisch komme dieser Diagnose nach seiner Beurteilung jedoch keine primäre Relevanz zu, weil es sich nicht um eine Störung/Erkrankung des ICD-10 oder DSM-5 handle. Die im Klassifikationssystem nicht erfasste Störung kann demnach lediglich, aber immerhin sekundär - nämlich bei der Würdigung sämtlicher psychischen Erkrankungen nach dem strukturierten Beweisverfahren (vgl. BGE 143 V 418 E. 7.1 f.) - relevant sein. Eine Beeinträchtigung durch eine eigentliche bzw. überwiegende Zwangsstörung des Beschwerdeführers hat der psychiatrische Gutachter des Weiteren deswegen verneint, weil die anankastischen Anteile bereits in der Diagnose der Persönlichkeitsstörung erfasst worden seien (vgl. IV-act. 152-23). Der psychiatrische Gutachter hat die Diagnosen beschrieben und die diversen Beeinträchtigungen des Beschwerdeführers aus psychischen Gründen umschrieben. Es kann davon ausgegangen werden, dass er dabei lege artis vorgegangen ist, weshalb seine Beurteilung überzeugt. Der psychiatrische Gutachter hat ausserdem den Aspekt des Schweregrads der Persönlichkeitsstörungen gewürdigt und dabei festgehalten, es ergebe sich keine schwere Ausprägung des Leidens. Das hat der psychiatrische Gutachter u.a. daraus abgeleitet, dass der Beschwerdeführer eine langjährige Beziehung habe aufrechterhalten, zwei gute Freundschaften habe pflegen und langjährig an einer Arbeitsstelle habe tätig sein können.

Objektiv scheine zudem auch ein selbständiges Wohnen möglich zu sein, wenngleich dies von Seiten der ambulant behandelnden Stellen in Frage gestellt werde (vgl. IV-act. 152-22 f.). Zwar war nach Lage der Akten im Verlauf eine psychiatrische Spitex für den Beschwerdeführer organisiert worden (vgl. IV-act. 171) und hat er in der Zeit nach der Begutachtung einmal eine Notunterkunft in Anspruch nehmen müssen. Beides war jedoch lediglich für eine vorübergehende Zeit der Fall, weshalb sich daraus kein Grund gibt, von der gutachterlichen Annahme abzuweichen. Wie der Gutachter der Psychiatrie festgehalten hat, hat sich in den Jahren 2013 und 2016 initial für depressive Symptome bzw. Episoden eine Störung durch Alkohol finden lassen, sodass es sich um eine depressive Symptomatik als Folge der Störung durch Alkohol gehandelt haben könnte (vgl. IV-act. 152-22). Wie der Gutachter weiter berichtet hat, ist bei der Begutachtung laborchemisch kein übermässiger Alkoholkonsum oder Konsum illegaler Drogen nachgewiesen worden. Dem verkehrsmedizinischen Gutachten vom \_\_. \_\_. 2019 ist zudem zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer in der Lage gewesen ist, ab ca. Dezember 2016 (mit einem Unterbruch zwischen ca. Mitte November 2017 und ca. Mitte August 2018) eine Alkoholabstinenz (ohne Hinweis auf eine Verlagerung zum Cannabis) einzuhalten und zu belegen. Dieser Umstand spricht für eine langfristige Überwindbarkeit des Suchtmittelkonsums. Aus dem verkehrsmedizinischen Gutachten geht zudem hervor, dass auch von einer längerfristigen psychischen Stabilität des Beschwerdeführers hat ausgegangen werden können. Zumindest verkehrsmedizinisch relevante psychopathologische Auffälligkeiten haben gemäss jenem Gutachten ferner nicht bestanden und dieses hat den Hinweis enthalten, dass beim Beschwerdeführer schon bei der Vorbegutachtung eine unauffällige Psychopathologie beschrieben worden sei. Damit wird der Schluss des medexperts-Gutachtens gestützt, dass keine schwere Ausprägung des Leidens vorliege. Dieser Schluss ist zudem namentlich darauf zurückgeführt worden, dass der Beschwerdeführer in der Leistungsfähigkeit bzw. im Alltag und nach Mini-ICF (vgl. zu Letzterer im Übrigen IV-act. 152-27) wenig psychopathologisch objektivierbare Limitationen gezeigt habe. Diese Faktoren lassen der Beurteilung des Gutachters folgen, dass das vorhandene psychiatrische Leiden kein schwer beeinträchtigendes Ausmass hat. Die Annahme, dass sich trotz der im Gutachten gestellten Hauptdiagnose und trotz der dargelegten Einschränkungen zurzeit keine überwiegend wahrscheinliche Limitation der Arbeitsfähigkeit in bisheriger oder adaptierter Tätigkeit ergebe, hat der psychiatrische Gutachter ausserdem mit der derzeitigen Remission der depressiven Störung und den nicht authentischen Beschwerdeschilderungen begründet (vgl. IV-act. 152-28). Anhand des Verlaufs hätten sich Anhaltspunkte für eine solche nicht authentische Beschwerdeschilderung ergeben, insbesondere angesichts des Unterschieds zwischen den gegenüber den behandelnden Stellen angegebenen Symptomen und der Angabe des Beschwerdeführers im Rahmen verkehrsmedizinischer Begutachtung, er sei subjektiv praktisch beschwerdefrei (vgl. IV-act. 152-25). Auch aktuell hätten sich in der Begutachtungssituation verschiedene entsprechende Hinweise ergeben: Der psychiatrische Gutachter hat diesbezüglich möglicherweise relevante Faktoren abgehandelt, welche der Literatur zu entnehmen sind (IV-act. 152-25 f.; vgl. Venzlaff/Foerster [Hrsg. Foerster/Dreßing], Psychiatrische Begutachtung, München). Er hat u.a. dargelegt, der Beschwerdeführer habe angegeben, sich müde und erschöpft zu fühlen, habe sich aber während der Begutachtung psychomotorisch im Antrieb konstant unauffällig und zudem affektiv situationsadäquat gezeigt. Er habe Symptome zum Teil vage bzw. wenig detailliert und nicht objektivierbar geschildert. Der jüngere Therapieverlauf passe nicht zu den subjektiven Beschwerden, finde doch seit Sommer 2019 keine persönliche psychiatrische

Konsultation mehr statt. Der Beschwerdeführer gebe an, sozial beeinträchtigt zu sein, habe jedoch eine langjährige Beziehung und zwei Kollegen. Der Abbruch des Kontakts zum \_\_\_\_ scheine nicht primär durch die psychische Störung des Beschwerdeführers bedingt zu sein. Bei der Begutachtung sei sein Verhalten sozial adäquat gewesen. Es habe sich ferner ein häufiger Themenwechsel gezeigt. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit hätten sich insgesamt zahlreiche Aspekte für eine nicht authentische Beschwerdeschilderung vorfinden lassen. Die Tatsache, dass der Beschwerdeführer von sich aus wieder eine Anstellung angenommen hat, ist im Gutachten als Ressource berücksichtigt worden. Sie könnte zwar auch als Hinweis gegen eine - nicht krankheitsbedingte - Aggravation des Beschwerdeführers verstanden werden. Insgesamt ist die vom Gutachter der Psychiatrie vorgenommene Objektivierung der Beschwerdeschilderung in Bezug auf die angegebenen Alltagsverhältnisse und das Verhalten des Beschwerdeführers bei der Begutachtung aber überzeugend. In Bezug auf den Standardindikator des bisherigen Behandlungs- und Eingliederungserfolgs (oder der entsprechenden Resistenz) hat der psychiatrische Gutachter überzeugend dargelegt, die bisherigen Behandlungen - sowohl stationär als auch ambulant - zeugten teilweise von einer geringen Veränderungsmotivation sowie von einer geringen Anpassungsmotivation des Beschwerdeführers. Diese Motivationsausprägungen könnten nicht überwiegend wahrscheinlich rein den Persönlichkeitsstörungen zugeschrieben werden, insbesondere weil der Beschwerdeführer eine grosse Anpassungsleistung hinsichtlich der Wiedererlangung des Führerausweises - insbesondere durch die lange (Suchtmittel-) Abstinenz und gegen einen teilweisen Widerstand durch die erlittene Ungerechtigkeit - habe erbringen können (vgl. IV-act. 152-25). Der psychiatrische Gutachter hat darauf hingewiesen, dass der Beschwerdeführer die von der Beschwerdegegnerin unterstützte berufliche Wiedereingliederung selbst beendet habe. Seit Sommer 2019 finde auch keine regelmässige psychiatrische Behandlung mit physischen Konsultationen mehr statt. Aktuell könne von einer Medikamentencompliance ausgegangen werden. Die Medikation mit Strattera sei über dem Spiegelbereich liegend nachgewiesen worden (vgl. IV-act. 152-25). Zwar besteht, wie selbst gutachterlich festgestellt worden ist, (weiterhin) ein Bedarf des Beschwerdeführers an einer konstanten psychiatrischen Behandlung mit einem klaren Therapiefokus auf Akzeptanz und Commitment sowie auf Kränkungelemente und Gefühle der Ungerechtigkeit aufgrund der Verbitterungsstörung (vgl. IV-act. 152-25). Die Indikation betrifft somit auch den Aspekt der Verbitterungsstörung (vgl. IV-act. 152-8). Ein Behandlungsbedarf ist im Übrigen auch vom Psychiatrie-Zentrum E. \_\_\_\_ am 21. Juni 2018 und anlässlich der verkehrsmedizinischen Begutachtung vom \_\_. \_\_ 2019 angenommen worden. Die Behandlungsbedürftigkeit schliesst eine hohe Arbeitsfähigkeit jedoch nicht aus. Zusammenfassend hat der psychiatrische Gutachter die Standardindikatoren, also sowohl die Ressourcen wie die Belastungen, berücksichtigt und ausserdem die Konsistenzfaktoren ausreichend und nachvollziehbar gewürdigt. Die abweichenden Arbeitsunfähigkeitsschätzungen der behandelnden Ärzte vermögen vorliegend die Überzeugungskraft der gutachterlichen Arbeitsfähigkeitsschätzung nicht zu erschüttern, denn in der für die Arbeitsfähigkeit relevanten psychiatrischen Hinsicht ist im Gutachten nichts Wesentliches unberücksichtigt geblieben. Damit ist der medizinischen Feststellung im Gutachten zu folgen, dass sich beim Beschwerdeführer - selbst in der angestammten Tätigkeit - keine überwiegend wahrscheinliche Limitation der Arbeitsfähigkeit ergebe (vgl. IV-act. 152-8). Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ist anzunehmen, dass die behandelnde Ärzteschaft mit ihren abweichenden Beurteilungen die negative Selbsteinschätzung des Beschwerdeführers

übernommen hat. Auch für den zurückliegenden Zeitraum ist demnach davon auszugehen, dass die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers nicht limitiert war, obwohl im psychiatrischen Teil des Gutachtens diesbezüglich festgehalten worden ist, eine rezidivierende depressive Störung werde retrospektiv zumindest als überwiegend wahrscheinlich angenommen, "da echtzeitliche Ausführungen zur Widerlegung" einer solchen Störung nicht ausreichend vorlägen (vgl. IV-act. 152-22). Denn verschiedene Hinweise lassen die Annahme der überwiegenden Wahrscheinlichkeit einer relevanten Arbeitsunfähigkeit für die zurückliegende Zeit entfallen: So ist etwa die Kündigung nach der Aktenlage aus wirtschaftlichen Gründen erfolgt. Dr. C. \_\_\_ ist wenige Monate vor der Begutachtung (am 21. September 2019) noch immer von einer vollen Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers ausgegangen, wie er es bereits am 16. Dezember 2016 - damals noch mit dem Ziel des Erreichens einer vollen Arbeitsfähigkeit - getan hatte. Die Annahme einer vollständigen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus gesundheitlichen Gründen ist nach dem oben Dargelegten jedoch nicht nachvollziehbar. Der Beschwerdeführer hat zudem die I. \_\_\_ abgebrochen, während die H. \_\_\_ am 29. Juni 2017 berichtet hat, er vermöge eine verwertbare Leistung zu erzielen. Ein Einfluss IV-fremder Faktoren ist nach den Angaben des IV-Eingliederungsverantwortlichen vom 7. November 2017 unklar gewesen. Gemäss der Beurteilung des Psychiatrie-Zentrums E. \_\_\_ (Dr. F. \_\_\_) vom 13. Februar 2018 ist dem Beschwerdeführer die bisherige Tätigkeit - von 20 % aus aufbauend - bis zu 80 % oder 100 % zumutbar gewesen. Das Psychiatrie-Zentrum E. \_\_\_ (G. \_\_\_; Dr. K. \_\_\_) hat am 1. Februar 2018 festgestellt, der Beschwerdeführer habe gewöhnliche Aktivitäten ohne auffällige Aufmerksamkeits- oder Konzentrationsstörungen auszuführen können. Dr. L. \_\_\_ hat gemäss Bericht vom 26. Februar 2018 einen Befund erhoben, der nach ihrer Beurteilung auf gute kognitive Kompensationsmechanismen hinweist. Das Psychiatrie-Zentrum E. \_\_\_ (Facharzt N. \_\_\_/O. \_\_\_) hat am 21. Juni 2018 berichtet, eine adaptierte Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer zu 64 % zumutbar (zu 80 % der Arbeitszeit mit einem um 20 % verminderten Rendement). In Anbetracht der vollen Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit kann sich in einem Einkommensvergleich von vornherein kein rentenbegründender Invaliditätsgrad ergeben. Die am 8. November 2020 verfügte Abweisung des Rentengesuchs vom November 2016 erweist sich demnach als rechtmässig. Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde abzuweisen. Auf das Begehren um berufliche Massnahmen ist nicht einzutreten. Nach Art. 69 Abs. 1 bis IVG (vgl. Art. 61 lit. f bis ATSG) ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten über IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von 200 bis 1000 Franken festgelegt. Als unterliegende Partei hat der Beschwerdeführer die Gerichtskosten zu bezahlen (vgl. Art. 95 Abs. 1 des st. gallischen Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege [VRP/SG; sGS 951.1]). Diese sind ermessensweise auf Fr. 600.-- festzulegen. Auf die Erhebung von Gerichtskosten betreffend das Nichteintreten auf das Gesuch um die Zusprache beruflicher Eingliederungsmassnahmen wird aufgrund des diesbezüglich geringen Beurteilungsaufwandes verzichtet. Zuzufolge der Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung (Befreiung von den Gerichtskosten und Bewilligung der unentgeltlichen Rechtsverteidigung) am 20. April 2021 ist der Beschwerdeführer von der Bezahlung der Gerichtskosten zu befreien. Wenn seine wirtschaftlichen Verhältnisse es ihm gestatten, ist der Beschwerdeführer zur Nachzahlung der Gerichtskosten verpflichtet (vgl. Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung [ZPO; SR 272] i.V.m. Art. 99 Abs. 2 VRP/SG). Da die Gerichtsschreiberin verhindert ist, wird dieser Entscheid stellvertretend

von einer Richterin unterzeichnet, die beim Entscheid mitgewirkt hat (Art. 39 ter Abs. 2 VRP). Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP Das Begehren um die Zusprache einer Invalidenrente wird abgewiesen. Auf das Begehren um die Zusprache beruflicher Eingliederungsmassnahmen wird nicht eingetreten. Der Beschwerdeführer wird im Sinn der Erwägungen von der Bezahlung der Gerichtsgebühr in der Höhe von Fr. 600.-- befreit.

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