

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2021/155 vom 9. Mai 2022

Sg Versicherungsgericht, 2022-05-09, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2021_155

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2021/155 du 9 mai 2022

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2021/155 del 9 maggio 2022

Regeste

Art. 28 IVG. Rentenanspruch. Abstellen auf das polydisziplinäre Gutachten. Ausschliesslich qualitative, orthopädisch bedingte Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit. Verwertbarkeit der Arbeitsfähigkeit ist gegeben. Invaliditätsgradbestimmung durch Einkommensvergleich (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 9. Mai 2022, IV 2021/155).

Volltext

Entscheid vom 9. Mai 2022 Besetzung Versicherungsrichter Joachim Huber (Vorsitz), Versicherungsrichterinnen Christiane Gallati Schneider und Miriam Lendfers; Gerichtsschreiber Markus Jakob Geschäftsnr. IV 2021/155 Parteien A.____, Beschwerdeführer, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Gandi Calan, Anwaltskanzlei & Notariat Calan, Obere Bahnhofstrasse 26a, 9500 Wil SG, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rente Sachverhalt A.____ (nachfolgend: Versicherter), besuchte die Schulen in B.____. Nach seinen Angaben absolvierte er eine Ausbildung zum C.____, ein diesbezüglicher Ausbildungsnachweis fehlt jedoch (IV-act. 1, 22-1, 59-30, 59-89). Im Jahr 198_ kam er erstmals als Saisonnier und im Jahr 199_ als Kriegsflüchtling permanent in die Schweiz (IV-act. 1, 59-26, 59-30). Er arbeitete an verschiedenen Arbeitsstellen u.a. als Monteur, Lagerist, Chauffeur und zuletzt während 2■ Jahren (März 2007 bis Juli 2009) als Fachmitarbeiter D.____. In der Wahrnehmung des Versicherten verlor er die letzte Arbeitsstelle wegen der unfallbedingten längeren Arbeitsunfähigkeit infolge der am 2. Februar 2009 bei der Arbeit zugezogenen Verletzung am rechten Arm/Ellbogen (diesbezüglich bestand eine Vorschädigung infolge eines Unfalls im November 2000, vgl. UV-act. 23 ff., 30). Seither ging er – mit Ausnahme zweier Einsatzprogramme – keiner Erwerbstätigkeit mehr nach (IV-act. 7, 11-3, 15-2, 21-2, 22-1 f., 22-6 ff., 59-30 f.). Der Versicherte wohnt zusammen mit seiner nichterwerbstätigen Ehefrau und seinem Sohn (Jahrgang 201_). Seit dem Jahr 2010 erhält die Familie Unterstützung von der Sozialhilfe (IV-act. 1-2 f., 21-2, 59-30 f.). Ab dem Jahr 2013 litt der Versicherte zunehmend unter belastungsabhängigen Rückenschmerzen mit Ausstrahlungen, Nackensteifigkeit und regelmässig auftretenden Kopfschmerzen. Deshalb wurden in den Jahren 2013, 2015 und 2017 MRT-Untersuchungen der HWS und LWS durchgeführt. Erhoben wurden dabei multisegmentale degenerative Veränderungen an der Wirbelsäule (im Jahr 2015 u.a. Diskushernien HWK4/5 und HWK5/6, Bandscheibenprotrusionen HWK2/3, HWK3/4 und HWK6/7, eine leichtgradige Einengung des Spinalkanals auf Höhe HWK4/5 und HWK5/6, leicht- bis mittelgradige foraminale Stenosen und Spondylarthrosen sowie im Jahr 2017 zusätzlich eine ausgeprägte Osteochondrose im Segment L5/S1 und eine dehydrierte Bandscheibe L4/5; IV-act. 11-4 f., 32, 59-29, 59-37, 59-63 ff.). Im Jahr

2015 kam es auf Zuweisung des Sozialamtes zu drei psychiatrischen Konsultationen bei Dr. med. E.____, leitender Klinikarzt, im Ambulatorium der Psychiatrie F.____ (IV-act. 11-2, 59-91). Der Hausarzt Dr. med. G.____, Facharzt für Allgemein Medizin und Physikalische Medizin und Rehabilitation FMH, bescheinigte dem Versicherten wegen einer Depression und eines Rückenleidens eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit ab dem 10. April 2017 (IV-act. 3, 14). Ab dem 17. April 2019 liess sich der Versicherte erneut im Ambulatorium der Psychiatrie F.____ von Dr. E.____ behandeln (IV-act. 11-2). Am 20. Juni 2019 meldete sich der Versicherte wegen der psychischen und somatischen Beschwerden bei der Invalidenversicherung (IV) zum Bezug von Leistungen (berufliche Integration/Rente) an (IV-act. 1). In der Folge holte die IV-Stelle einen Arztbericht beim behandelnden Psychiater Dr. E.____ ein, welcher am 5. Juli 2019 aus psychiatrischer Sicht eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10: F32.2) diagnostizierte. Im Weiteren berichtete Dr. E.____, dass der Versicherte beim Erstgespräch am 17. April 2019 unter Antriebshemmung, Frustrations- und Belastungsintoleranz, Hoffnungslosigkeit, Verzweiflung, Grübelneigung, schweren Schlafstörungen und latenter Suizidalität gelitten habe. Die depressive Symptomatik habe sich seit Behandlungsbeginn leicht gebessert. Das depressive Syndrom sei verursacht worden und werde aufrecht erhalten durch die schwierige soziale Situation (jahrelange Abhängigkeit vom Sozialamt, keine finanziellen Ressourcen, resignative und hoffnungslose Stimmung aufgrund der jahrelangen erfolglosen Arbeitssuche und der unzähligen Absagen und fehlende Perspektive auf Besserung der Gesamtsituation). Aus psychiatrischer Sicht ging Dr. E.____ derzeit von keiner Arbeitsfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt aus, erachtete jedoch Wiedereingliederungsmassnahmen mit einer Präsenzleistung von zirka 50 % in einem geschützten Rahmen (beispielsweise im Sinne eines Belastungstrainings) als möglich (IV-act. 11). Am 29. August 2019 erstellte RAD-Ärztin Dr. med. H.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, gestützt auf die Aktenlage und ein mit Dr. E.____ am 28. August 2019 geführtes Telefongespräch (vgl. IV-act. 16) eine Stellungnahme. So habe ihr Dr. E.____ insbesondere eine Verbesserung der Affektivität bestätigt. Die depressive Symptomatik des Versicherten sei derzeit noch höchstens mittelgradig und er scheine im Alltag trotz der pessimistischen Haltung durchaus zu funktionieren. Die RAD-Ärztin ging wie Dr. E.____ von einem Eingliederungspotential mit einer Präsenzfähigkeit von 50 % aus. Als Adaptionkriterien nannte sie einfache rückenadaptierte Tätigkeiten ohne Zwangshaltungen und ohne Heben schwerer Lasten sowie ein ruhiges Arbeitsumfeld (IV-act. 15). Am 3. September 2019 führte die Eingliederungsverantwortliche der IV-Stelle mit dem Versicherten ein Gespräch über die Möglichkeit beruflicher Massnahmen. Am darauffolgenden Tag erklärte der Versicherte, dass er sich nicht in der Lage fühle, bei beruflichen Massnahmen mitzuwirken. Bei fehlendem Taggeldanspruch sei er nicht mehr bereit, gratis zu arbeiten. Er habe in den vergangenen Jahren bereits in Langzeitarbeitslosenprojekten gearbeitet, jedoch weder Unterstützung erhalten, noch eine Anschlusslösung finden können. Zudem sei er sehr reizbar, weshalb das Risiko zu hoch sei. Er werde weiterhin die Psychotherapiestunden bei Dr. E.____ besuchen (in ca. dreiwöchentlichen Abständen) und auf diesem Weg auf Besserung hoffen. Die Eingliederungsverantwortliche informierte gleichentags Dr. E.____ über den Entscheid des Versicherten (IV-act. 21-1 ff.). Am 6. September 2019 erklärte Dr. E.____, dass er über den Entscheid des Versicherten nicht überrascht sei. Er werde ihn einmal mehr darauf hinweisen, dass sich mit seiner Ablehnung einer beruflichen Massnahme an seiner Situation nichts ändern werde (IV-act. 21-5). Daraufhin wurde der Fall seitens der beruflichen Integration ohne berufliche

Massnahmen abgeschlossen (IV-act. 21-3, 21-5) und mit Schreiben vom 23. Oktober 2019 dem Versicherten die Abweisung des Leistungsbegehrens um berufliche Massnahmen mitgeteilt (IV-act. 37). Im Verlaufsbericht vom 15. Januar 2020 berichtete Dr. G.____ über einen unveränderten Gesundheitszustand des Versicherten. In der bisherigen Tätigkeit bestehe keine verwertbare Arbeitsfähigkeit mehr. Aus rheumatologischer Sicht seien wechselbelastende Arbeiten möglich, hinsichtlich der zumutbaren Arbeitsfähigkeit sei jedoch die psychiatrische Morbidität entscheidend (IV-act. 40). Im Verlaufsbericht vom 3. Februar 2020 erklärte Dr. E.____, dass entlastende, supportive Gespräche mit dem Versicherten stattfänden, eine veränderungsorientierte Behandlung sei jedoch nicht möglich. Der Versicherte zeige im Gespräch leichte Konzentrationsstörungen und sei im Denken eingengt auf die als aussichtslos empfundene psychosoziale Problematik, stark grüblerisch, perseverierend, jedoch kohärent und geordnet. Im Affekt sei er deutlich depressiv, sehr ratlos, verzweifelt, weinerlich und hoffnungslos. Es handle sich um einen chronifizierten Residualzustand. Eine intensivere (teilstationäre oder stationäre) psychiatrische Behandlung sei nicht erfolgsversprechend und würde vom Versicherten auch nicht gewünscht. Angesichts von schwerster Frustrations- und Belastungsintoleranz mit Reizbarkeit, von Konzentrationsstörungen infolge Grübelneigung, von schwer defizitärer Beziehungsfähigkeit und Kontaktgestaltung infolge Reizbarkeit, von leichter Störung der Affektsteuerung und der Impulskontrolle, von schwerer Selbstwertkrise und Störung der Intentionalität und des Antriebes bestehe derzeit keine Arbeitsfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt (IV-act. 43-2 ff.). In der Stellungnahme vom 24. März 2020 empfahl der RAD eine polydisziplinäre Begutachtung (Allgemeine Innere Medizin, Psychiatrie, Orthopädie und Neurologie; IV-act. 46). Der Begutachtungsauftrag wurde dem Zentrum für Interdisziplinäre Medizinische Begutachtungen AG, Schwyz (nachfolgend: ZIMB AG), zugeteilt (IV-act. 47, 49). Das polydisziplinäre Gutachten vom 16. Oktober 2020 (IV-act. 59) beruht auf der Aktenlage sowie der allgemeinen internistischen Untersuchung vom 5. Juni 2020 durch Dr. med. I.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, der orthopädischen Untersuchung vom 12. Juni 2020 durch Dr. med. J.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, der psychiatrischen Untersuchung vom 24. Juni 2020 durch Dr. med. K.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, und der neurologischen Untersuchung vom 29. Juni 2020 durch Dr. med. L.____, Facharzt für Neurologie (vgl. IV-act. 59-2). Die Fachärzte diagnostizierten aus interdisziplinärer Sicht mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ein belastungsabhängig vermehrtes lumbospondylogenes Schmerzsyndrom ohne Radikulopathie (ICD-10: M54.1) mit/bei muskulärer Dysbalance und Haltungsinsuffizienz, rechtskonvexer lumbaler Skoliose, ausgeprägter Osteochondrose im Segment L5/S1 mit aufgehobenem Zwischenwirbelfach und partieller Synostose, fortgeschrittener Osteochondrose im Segment L4/5 mit begleitender Facettengelenksarthrose sowie ohne radikuläre Ausfälle oder Hinweise auf eine Myelopathie. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien die gemischte Hyperlipidämie (ICD-10: E78.2), der Nikotinabusus, der Status nach einer im Jahr 2000 erlittenen Partialruptur der rechtsseitigen distalen Bizepssehne, gegenwärtig ohne Funktionseinschränkung (ICD-10: S46.2), das aktenkundige, belastungsabhängig vermehrte cervicocephale Schmerzsyndrom, gegenwärtig ohne Beschwerdevortrag sowie ohne Funktionseinschränkung (ICD-10: M50.1), die chronischen Kopfschmerzen am ehesten im Sinne von chronischen Spannungskopfschmerzen (ICD-10: G44.2), DD: Analgetika-Übergebrauchskopfschmerzen (ICD-10: G44.4), und die Dysthyrie (ICD-10: E05.0; IV-act. 59-7). Hinsichtlich der zuletzt

ausgeübten Tätigkeit als D.____ sowie für überwiegend stehend und gehend ausgeübte Tätigkeiten mit der intermittierenden Notwendigkeit von Zwangshaltungen sowie dem gelegentlichen Heben und Tragen von Lasten über 15 kg gingen die Fachärzte aus interdisziplinärer versicherungsmedizinischer Sicht von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit und in einer optimal behinderungsangepassten, wechselbelastenden, überwiegend sitzend ausgeübten, leichten Tätigkeit von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit aus (IV-act. 59-12). Konkretisierend wurde ausgeführt, dass Tätigkeiten mit einem beidhändigen, körperfernen/körpernahen Heben von mehr als 10 kg bzw. 15 kg bis Brustniveau, mit mehr als gelegentlichem Treppensteigen, auf Leitern und Gerüsten oder schrägen Ebenen, im Freien ohne Schutz vor Kälte, Zugluft, Nässe, auf regen- und eisglattem Untergrund sowie unter Zeitdruck und Akkordarbeit zu vermeiden seien (IV-act. 59-10, vgl. auch 59-69 ff.). In der Stellungnahme vom 16. Februar 2021 erachtete RAD-Ärztin Dr. med. N.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, das Gutachten als ausführlich, in sich schlüssig und nachvollziehbar, weshalb darauf abgestellt werden könne (IV-act. 62). Mit Vorbescheid vom 19. Februar 2021 informierte die IV-Stelle den Versicherten, dass vorgesehen sei, das Leistungsbegehren für eine Invalidenrente abzuweisen. Begründet wurde dies damit, dass ihm gemäss dem polydisziplinären Gutachten eine optimal angepasste Tätigkeit zu 100 % zumutbar sei. Der vorgenommene Einkommensvergleich gestützt auf die Tabellenlöhne für Hilfsarbeiter (LSE) des Bundesamtes für Statistik und in Berücksichtigung eines 15%igen Leidensabzugs aufgrund der Adaptionkriterien habe einen nicht rentenbegründenden Invaliditätsgrad von 15 % ergeben (Validenlohn: Fr. 67'774.-, Invalidenlohn: Fr. 57'608.-, Erwerbseinbusse: Fr. 10'166.-, IV-act. 65; zum Einkommensvergleich vgl. IV-act. 64). Am 6. März 2021 erhob der Versicherte Einwand gegen den Vorbescheid (IV-act. 66). In der ergänzenden Einwandbegründung vom 30. April 2021 (IV-act. 70-1) machte der Versicherte unter Bezugnahme auf die miteingereichte ärztliche Stellungnahme von Dr. E.____ vom 30. April 2021 (IV-act. 70-2 ff.) geltend, dass die im psychiatrischen Teilgutachten diagnostizierte Dysthymie zu kurz greife und seiner Situation nicht gerecht werde, weshalb er eine erneute Überprüfung und Beurteilung seiner gesundheitlichen Situation und Arbeitsfähigkeit sowie eine entsprechende Korrektur des Entscheids fordere. In der Stellungnahme vom 10. Juni 2021 erklärte RAD-Ärztin Dr. N.____, dass Dr. E.____ den Versicherten bereits vor der Begutachtung als schwergradig depressiv beurteilt habe. Der Gutachter habe diese Einschätzung diskutiert und gewürdigt und seine anderslautende Einschätzung nachvollziehbar begründet. Insbesondere seien die klassischen Symptome der Depression aus den Akten nicht ersichtlich (IV-act. 71). Mit Verfügung vom 23. Juni 2021 wies die IV-Stelle den Anspruch des Versicherten bei einem ermittelten Invaliditätsgrad von 15 % ab. Zum Einwand vom 6./30. April 2021 wurde ausgeführt, dass die Stellungnahme von Dr. E.____ vom 30. April 2021 dem RAD vorgelegt worden sei. Die Beurteilung habe ergeben, dass keine neuen medizinischen Erkenntnisse angegeben worden seien. Eine anhaltende schwergradige psychiatrische Diagnose liege aufgrund der Aktenlage nicht vor (IV-act. 72). Gegen die Verfügung vom 23. Juni 2021 richtet sich die vorliegende Beschwerde vom 25. August 2021. Der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer) beantragt darin die Aufhebung der Verfügung und die Inauftraggebung eines neuen polydisziplinären Gutachtens bei der SMAB in Bern. Eventualiter sei die Angelegenheit zur Ergänzung des Sachverhalts an die IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) zurückzuweisen. Subeventualiter sei dem Beschwerdeführer eine volle IV-Rente zuzusprechen. Dem Beschwerdeführer sei für das vorliegenden Verfahren die unentgeltliche Rechtspflege zu

gewähren und ihm ein unentgeltlicher Rechtsbeistand in der Person von Rechtsanwalt Gandhi Calan zu bestellen. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin. Gerügt wird insbesondere, dass eine ungenügende Auseinandersetzung mit dem medizinischen Bericht von Dr. E. ___ und mit der Zumutbarkeit einer leidensangepassten Tätigkeit stattgefunden habe (act. G 1). Am 19. Oktober 2021 reichte der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers eine Ergänzung zur Beschwerde ein. Beantragt wird nun die Aufhebung Verfügung vom 23. Juni 2021 und die Rückweisung der Angelegenheit an die Beschwerdegegnerin zur Ergänzung des Sachverhalts. Eventualiter seien dem Beschwerdeführer die gesetzlichen Leistungen, insbesondere eine Invalidenrente, zuzusprechen. Weiterhin wird die unentgeltliche Rechtspflege und Rechtsverbeiständung beantragt; unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin. Begründet wird das Rechtsbegehren insbesondere damit, dass aufgrund der vielfältigen physischen/orthopädischen und psychischen Einschränkungen keine Berufe mehr in Frage kämen. Auch eine Teilzeitbeschäftigung sei unwahrscheinlich. Die von der Beschwerdegegnerin beschriebene leidensangepasste Tätigkeit sei dem Schweizerischen Arbeitsmarkt fremd. Es käme höchstens noch eine Bürotätigkeit in Frage. Dabei hinderlich seien die fehlenden beruflichen Qualifikationen, die schlechten Deutschkenntnisse und die 12-jährige Nichterwerbstätigkeit (act. G 9). Die Beschwerdegegnerin beantragt in der Beschwerdeantwort vom 13. Dezember 2021 die Abweisung der Beschwerde. Zur Begründung wird insbesondere ausgeführt, dass im internistischen, neurologischen und psychiatrischen Teilgutachten keine Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit gestellt worden seien. Nur das aus orthopädisch-chirurgischer Sicht erhobene belastungsabhängige lumbospondylogene Schmerzsyndrom ohne Radikulopathie wirke sich auf die Arbeitsfähigkeit aus, weshalb der Beschwerdeführer in der angestammten Tätigkeit als D. ___ nicht mehr arbeitsfähig sei. In einer optimal leidensadaptierten, wechselbelastenden, überwiegend sitzenden und leichten Tätigkeit bestehe dagegen aus interdisziplinärer Sicht bezogen auf ein volles Pensum eine quantitativ unlimitierte Arbeitsfähigkeit von 100 %. Der RAD habe das Gutachten geprüft und in der Stellungnahme vom 16. Februar 2021 dessen Korrektheit bestätigt. Zur Stellungnahme von Dr. E. ___ vom 30. April 2021 habe der RAD erklärt, dass keine neuen medizinischen Erkenntnisse vorgetragen worden seien. Der psychiatrische Gutachter habe sich bereits mit den früheren Berichten von Dr. E. ___ auseinandergesetzt und seine anderslautende Einschätzung nachvollziehbar begründet. Auch würden die während der Begutachtungen gewonnen Erkenntnisse gegen eine schwergradige Depression sprechen. Bei der neu angeführten posttraumatischen Verbitterungsstörung handle es sich zudem nicht um eine fachärztliche Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem. Zur Rüge der Unverwertbarkeit der Arbeitsfähigkeit wird ausgeführt, dass in Berücksichtigung des negativen Anforderungsprofils dem Beschwerdeführer noch ein genügend breites Spektrum an Kontrolltätigkeiten offenstehe. Zumutbar wären bspw. einfache Kontroll-, Überwachungs-, Sortier-, Recycling-, (De-)Montage- sowie Maschinenbedienungsarbeiten auf dem Niveau eines Hilfsarbeiters. Das Finden einer zumutbaren Stelle sei nicht zum Vornherein ausgeschlossen, so dass die Restarbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers grundsätzlich verwertbar sei. Ein höherer Tabellenlohnabzug als der gewährte von 15 % sei nicht gerechtfertigt (act. G 11). Am 13. Dezember 2021 wurde dem Gesuch um Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege (Befreiung von den Gerichtskosten und Bewilligung der unentgeltlichen

Rechtsverbeiständung) für das Verfahren vor Versicherungsgericht entsprochen (act. G 13). Mit Schreiben vom 28. Januar 2022 verzichtete der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers auf die Einreichung einer Replik (act. G 14). Mit Schreiben vom 11. März 2022 reichte er den Zwischenbericht des Psychiatrischen Zentrums O. ___ vom 1. März 2022 ein (act. G 16, G 16.1). Gemäss diesem wird der Beschwerdeführer dort seit dem 10. Januar 2022 aufgrund zunehmender depressiver Symptome stationär integrativ-psychotherapeutisch behandelt. Als vorläufige Diagnose wurde eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome genannt. Eine Aufgleisung einer geeigneten Tagesstruktur, allenfalls einer psychiatrischen Spitex und später die Wiederaufnahme der ambulanten Psychotherapie seien geplant (act. G 16.1). Erwägungen Zwischen den Parteien umstritten und nachfolgend zu beurteilen ist der Rentenanspruch des Beschwerdeführers. Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (lit. c). Der Rentenanspruch entsteht frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1), jedoch frühestens im Monat der auf die Vollendung des 18. Altersjahrs folgt (Art. 29 Abs. 1 IVG). Die Rente wird vom Beginn des Monats ausbezahlt, in dem der Rentenanspruch entsteht (Abs. 3). Als Invalidität gilt laut Art. 8 Abs. 1 ATSG die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen, 115 V 134 E. 2). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen; BGE 141 V 14 E. 6.3.1). Zunächst ist die zwischen den Parteien umstrittene Frage zu prüfen, ob der Sachverhalt in medizinischer Hinsicht spruchreif abgeklärt wurde. Zum Antrag des Beschwerdeführers in der Beschwerdeschrift, ein neues polydisziplinäres Gutachten bei der SMAB (Swiss Medical Assessment- and Business-Center) AG in Bern in Auftrag zu geben (act. G 1-2, G 1-4), ist festzustellen, dass dazu (aus formellen Gründen) keine Notwendigkeit besteht, denn wie die Aktenlage zeigt,

erfolgte die Gutachtenszuteilung an die ZIMB AG am 23. April 2020 nach dem rechtlich vorgesehenen Zufallsprinzip (vgl. Art. 72 bis der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]; IV-act. 47). Dass in einem nach der Zuteilung erstellten Dokument am 24. April 2020 eine andere Gutachtensstelle, die SMAB AG, genannt wurde (vgl. IV-act. 46-4), ist als offensichtliches Versehen einzustufen. Folglich ist weder das Gutachten der ZIMB AG aus dem Recht zu weisen noch ein neues Gutachten bei der SMAB AG in Auftrag zu geben. Am entsprechenden Antrag in der Beschwerde hat der Beschwerdeführer in der Beschwerdeergänzung vom 19. Oktober 2021 denn auch nicht festgehalten. Die Beschwerdegegnerin stützt sich für die Abweisung des Rentenanspruchs im Wesentlichen auf das polydisziplinäre Gutachten der ZIMB AG vom 16. Oktober 2020 (IV-act. 59) und die Stellungnahmen des RAD vom 16. Februar 2021 (IV-act. 62) und 10. Juni 2021 (IV-act. 71). Der Beschwerdeführer bestreitet dagegen die Beweiskraft des Gutachtens und verweist dabei auf die abweichenden Einschätzungen des Psychiaters Dr. E.____ (Verlaufsbericht vom 3. Februar 2020, IV-act. 43, und die Stellungnahme vom 30. April 2021 zum Gutachten, IV-act. 70-2 ff.) sowie den Zwischenbericht des Psychiatriezentrums O.____ vom 1. März 2022 (act. G 16.1). Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann zunächst nur relevant sein, wenn sie Folge einer fachärztlich einwandfrei diagnostizierten Gesundheitsbeeinträchtigung ist (vgl. Bundesgerichtsentscheid vom 15. Mai 2017, 8C_95/2017; BGE 130 V 396). Im Weiteren ist zu beachten, dass ein den Beweisanforderungen grundsätzlich genügendes medizinisches Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a und b) nicht stets in Frage gestellt werden und Anlass zu weiteren Abklärungen bieten kann, wenn und sobald die behandelnden medizinischen Fachpersonen nachher zu einer unterschiedlichen Beurteilung gelangen oder an vorgängig geäußerten abweichenden Auffassungen festhalten. Anders verhält es sich nur, wenn objektiv feststellbare Gesichtspunkte vorgebracht werden, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt geblieben waren und die geeignet sind, zu einer anderen Beurteilung zu führen (Urteil des Bundesgerichts vom 29. Juli 2008, 9C_830/2007, E. 4.3 mit Hinweisen). Ferner kann eine psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen. Sie eröffnet einer psychiatrischen Fachperson – sei sie nun in therapeutischer oder in begutachtender Funktion – daher praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern die Beurteilung des Experten oder der Expertin die Beweisanforderungen erfüllt (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 5. März 2009, 8C_694/2008, E. 5.1.1). Unbestritten sind die körperlichen Beschwerden des Beschwerdeführers (degenerativ bedingtes Rückenleiden), die diesbezügliche Diagnosestellung (vgl. IV-act. 59-7, 59-63) und die daraus resultierenden Einschränkungen hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit (Arbeitsunfähigkeit für überwiegend im Stehen und Gehen ausgeübte Tätigkeiten mit der intermittierenden Notwendigkeit von Zwangshaltungen sowie dem gelegentlichen Heben und Tragen von Lasten über 15 kg auf Dauer, IV-act. 59-12; vgl. auch das negative Leistungsbild/die Adaptionskriterien aus orthopädischer Sicht, IV-act. 59-10, 59-69 ff.). Umstritten ist dagegen die Beurteilung der vom Beschwerdeführer geltend gemachten psychischen Beschwerden. Dies betrifft sowohl die diagnostische Einstufung der Leiden als auch deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit sowie die Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit (vgl. act. G 1-4, G 9-6 f., G 11-5 ff.). Da die diagnostische Einordnung einer psychischen Störung allein das objektiv bestehende tatsächliche Leistungsvermögen nicht festlegt, sind die funktionellen Folgen der Gesundheitsschädigung qualitativ zu erfassen und quantitativ einzuschätzen (vgl. BGE 141

V 281 E. 3.1, 143 V 418 E. 4.1.2). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung (vgl. BGE 143 V 418 E. 7.1 f.) sind grundsätzlich (bei Ausnahmen nach dem jeweiligen Beweisbedarf) sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen. Für die Beurteilung des funktionellen Leistungsvermögens sind – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – gemäss BGE 141 V 281 also in der Regel diverse Standardindikatoren beachtlich. Diese hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.1.3): Kategorie "funktioneller Schweregrad" (E. 4.3) mit den Komplexen "Gesundheitsschädigung" (Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome; Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz; Komorbiditäten [E. 4.3.1]), "Persönlichkeit" (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen [E. 4.3.2]) und "sozialer Kontext" (E. 4.3.3) sowie Kategorie "Konsistenz" (Gesichtspunkte des Verhaltens [E. 4.4]) mit den Faktoren gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) und behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2). Der psychiatrische Gutachter Dr. K. ___ nahm eine ausführliche Anamnese (vgl. IV-act. 59-88 ff.) und Befunderhebung (vgl. IV-act. 59-93 f.) vor, würdigte die früheren Arztberichte von Dr. E. ___ (vgl. IV-act. 59-95 ff.) und stellte gestützt darauf die Diagnose Dysthymie (ICD-10: F34.1; IV-act. 59-95). Erläuternd führte er im Teilgutachten dazu aus, dass beim Beschwerdeführer eine reaktive abnorme psychische Entwicklung vorliege, von überwiegend depressiv-neurotischer Prägung (Dysthymie, ICD-10: F34.1), sowie mit einer Tendenz zur Somatisierung, die aber das Krankheitsbild nicht dominiere, weshalb die Diagnose Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.0) nicht habe gestellt werden können. Es handle sich um ein subjektiv sehr intensiv und quälend erlebtes psychisches Leidensbild, welches objektiv aber nicht den Kriterien einer melancholischen, "biologischen", endogenomorphen, primären Depression entspreche, wie sie in der ICD-10 unter F32 präzisiert sei. Die vorliegende Situation könne durchaus als Krankheit im psychiatrischen Fachbereich bezeichnet werden, im Sinne, den dieser Begriff in der klinischen Psychiatrie und auch in der Versicherungsmedizin habe. Man könne aber nicht von einer schweren psychiatrischen Krankheit im eigentlichen Sinne sprechen (vgl. IV-act. 59-9 f., 59-95). Zu den früheren ärztlichen Einschätzungen von Dr. E. ___ vom 5. Juli 2019 (IV-act. 11; siehe Sachverhalt A.c) erklärte Dr. K. ___, dass er die Diagnose einer schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome nicht stellen könne, denn es würden die typischen Symptome wie psychomotorische Verlangsamung, Denkhemmung, Ideenverarmung und Entschlussunfähigkeit fehlen. Auch zeige der Beschwerdeführer nicht die für eine melancholische, endogene depressive Psychose typische Unfähigkeit, Gefühle zu empfinden, sondern im Gegenteil, er zeige ein übersteigertes emotionelles Erleben, das er sehr präzise beschreibe (vgl. IV-act. 59-95 f.). Zum Arztbericht von Dr. E. ___ vom 3. Februar 2020 (IV-act. 43-2 ff.; siehe Sachverhalt A.e) führte Dr. K. ___ aus, dass die beschriebenen Symptome wie Dünnhäutigkeit und Reizbarkeit, innere Unruhe, ausgeprägte Insuffizienzgefühle und Schuldgefühle zutreffend seien. Die genannten Verarmungsgefühle seien nach seiner Ansicht jedoch nicht krankheitsbedingt, sondern entsprächen durchaus einer Realität bei einem Menschen, dem es ein wichtiges Bedürfnis sei, seiner finanziellen Verantwortung für seine Familie nachzukommen. Die Beobachtung eines schwer gehemmten Antriebs treffe nach seiner Meinung in keiner Weise zu und könne auch retrospectiv für den Februar 2020 nicht rekonstruiert werden. Die geäusserten häufigen

Todessehnsüchte und Suizidgedanken, die aber nicht konkret seien und zu keinen Vorbereitungshandlungen geführt hätten, entsprächen seiner Einschätzung. Schwerste Konzentrationsstörungen infolge Grübelneigung hätten dagegen nicht bestätigt werden können. Die Beziehungsfähigkeit sei zwar infolge seiner Reizbarkeit leicht vermindert, nicht aber schwer defizitär (vgl. IV-act. 59-96 f.). In der Stellungnahme vom 30. April 2021 zum Gutachten vom 16. Oktober 2020 wies Dr. E. ___ insbesondere darauf hin, dass es im Jahr 2008 beim Beschwerdeführer zu einer existenziellen Lebenskrise und im Jahr 2009 zu einer Verletzung des rechten Armes mit mehrmonatiger Arbeitsunfähigkeit und Auflösung des Arbeitsverhältnisses gekommen sei. Diese Ereignisse hätten zur Entwicklung der chronifizierten Depression und phasenweise zur Entwicklung somatoformer Symptome geführt. Die chronifizierte Depression habe weniger die Merkmale einer Dysthymie als vielmehr einer posttraumatischen Verhaltensstörung, was sich im ICD-10 derzeit nicht ausreichend codieren lasse, jedoch am ehesten noch dem ICD-10 Code F43.8 (sonstige Reaktionen auf schwere Belastung) entspreche. Kritik wird dahingehend geäußert, dass der psychiatrische Gutachter allein aufgrund der Abwesenheit von bestimmten depressionstypischen Symptomen die Diagnose der Dysthymie gestellt, jedoch weder in Betracht gezogen noch diskutiert habe, dass sich eine (chronifizierte) Depression in vielen Fällen mit atypischen Symptomen manifestiere, dies gerade und vor allem bei Männern und Menschen aus anderen Kulturkreisen. Ein stereotyper "Abgleich" der vorliegenden Symptome mit den im ICD-10 aufgezählten Symptomclustern greife in solchen Fällen zu kurz und sei nicht sachgerecht. Den innerpsychischen Aspekten, die zur Entstehung und Aufrechterhaltung des depressiven Syndroms führten, sei nicht ausreichend Rechnung getragen worden (vgl. IV-act. 70-2 ff.). Am 10. Juni 2021 nahm die RAD-Psychiaterin Dr. N. ___ zu den Aussagen von Dr. E. ___ Stellung. Sie erklärte, dass es sich bei den Einschätzungen von Dr. E. ___ um eine andere Beurteilung des gleichen Sachverhalts handle, und wies darauf hin, dass Dr. E. ___ den Beschwerdeführer bereits vor der Begutachtung als schwergradig depressiv beurteilt habe. Der Gutachter habe diese Einschätzung bereits diskutiert und gewürdigt sowie seine anderslautende Einschätzung nachvollziehbar begründet. So seien insbesondere die klassischen Symptome einer Depression aus den Akten nicht ersichtlich. Zur von Dr. E. ___ neu angeführten posttraumatischen Verbitterungsstörung erklärte sie, dass diese keinem IV-relevanten Gesundheitsschaden entspreche, da diese nicht klassifiziert sei. Eine Reaktion auf schwere Belastung liege nicht vor, denn eine anhaltende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sei nicht begründbar, da noch keine spezifischen (intensivierten) medizinischen und beruflichen Massnahmen erfolgt seien, die angesichts der Reaktivität der Störung als indiziert anzusehen wären. Eine Therapieresistenz könne daher vor dem Versuch von intensivierter Therapie nicht angenommen werden (IV-act. 71). Hinsichtlich des Zwischenberichts des Psychiatrischen Zentrums O. ___ vom 1. März 2022 (act. G 16.1) ist anzumerken, dass sich dieser nicht zur gesundheitlichen Situation des Beschwerdeführers vor bzw. zum Verfügungszeitpunkt äussert und auch keine indirekten Rückschlüsse darauf zulässt, weshalb er im vorliegenden Rechtsmittelverfahren unbeachtlich ist. Zusammenfassend ist soweit festzuhalten, dass die diagnostische Einschätzung durch den psychiatrischen Gutachter Dr. K. ___ und die RAD-Ärztin Dr. N. ___, wonach ausschliesslich eine Dysthymie (ICD-10: F34.1) vorliege, nachvollziehbar und schlüssig ist. Zur Ausprägung der Gesundheitsschädigung äusserte sich der psychiatrische Gutachter insofern, als weder eine schwere psychiatrische Krankheit noch objektivierbare funktionelle Einschränkungen auf rein psychiatrischen Fachgebiet vorliegen würden (vgl. IV-act. 59-95,

59-101). Die Ausführungen von Dr. K.____ und Dr. N.____ zu den abweichenden diagnostischen Einschätzungen von Dr. E.____ vermögen ebenso zu überzeugen, beinhalten diese doch nicht nur versicherungsrechtlich relevante, sondern auch versicherungsrechtlich nicht relevante psychosoziale Aspekte wie die Folgen der lang andauernden Arbeitslosigkeit und der knappen finanziellen Mittel. Es gibt denn auch keine Veranlassung, nicht auf die gutachterlich erhobene psychiatrische Diagnose und deren Ausprägung abzustellen, zumal auch keine anderweitigen Gesichtspunkte ersichtlich sind, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt geblieben waren und die geeignet sind, zu einer anderen Beurteilung zu führen. Hinsichtlich des Behandlungs- und Eingliederungserfolgs bzw. der Therapieresistenz fällt auf, dass sich der Beschwerdeführer gemäss Aktenlage erstmals im Jahr 2015 in psychiatrische Behandlung begab, diese jedoch bereits nach drei Konsultationen beendete (IV-act. 11-2). Im Spätherbst 2018 wurde wegen der zunehmenden depressiven Symptomatik ein Klinikaufenthalt in Erwägung gezogen. Der Beschwerdeführer entschied sich jedoch offenbar wegen der Kürzung der Sozialhilfeleistungen während eines Klinikaufenthaltes dagegen (vgl. IV-act. 14-8). Erst im April 2019 nahm er die psychiatrische Behandlung bei Dr. E.____ mit einer Intensität von ein bis zwei Konsultationen pro Monat wieder auf (IV-act. 11-2, 59-91). Dr. E.____ erachtete – wohl auch angesichts der schwierigen psychosozialen Situation in Folge der jahrelangen Abhängigkeit vom Sozialamt, fehlenden finanziellen Ressourcen, erfolglosen jahrelangen Arbeitssuche und fehlenden Perspektive auf Besserung – Wiedereingliederungsmassnahmen beispielsweise im Sinne eines Belastungstrainings als sinnvoll und zeigte sich denn auch enttäuscht – jedoch nicht überrascht –, als der Beschwerdeführer Eingliederungsmassnahmen ablehnte u.a. mit dem Argument, dass er nicht bereit sei, gratis (ohne Taggeldanspruch) zu arbeiten (IV-act. 11, 34). Erst im Januar 2022 und damit ein halbes Jahr nach Verfügungserlass liess sich der Beschwerdeführer doch noch stationär behandeln (vgl. IV-act. 21-2, act. G 16.1). Was die im Komplex Persönlichkeit zu prüfenden Merkmale (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen) anbetrifft, liegt beim Beschwerdeführer eine normale Sozialisation vor. So durchlief er die Schulen in seinem Herkunftsland, fand schnell Arbeit in der Schweiz, hatte stets Partnerschaften und gründete auch eine Familie. Zudem hat er sich in der Schweiz integriert und wurde im Jahr 200_ eingebürgert. Gemäss Aktenlage kümmert er sich derzeit insbesondere um seinen im Jahr 201_ geborenen Sohn. Dass das Aktivitätsniveau nach dem Verlust des Arbeitsplatzes im Jahr 2009 geringer wurde, dürfte insbesondere eine Folge der zur Verfügung stehenden geringeren finanziellen Mittel (Abhängigkeit von Sozialhilfeleistungen) sowie der verletzten Ehre/des Statusverlustes sein. Im Gutachten wird erwähnt, dass die Verhaltensweisen des Beschwerdeführers seiner Herkunftskultur entsprächen. Anzeichen für eine krankhafte, abnorme Persönlichkeitsstörung lägen nicht vor (vgl. IV-act. 59-94). In Anbetracht dessen ist die von Dr. E.____ im Verlaufsbericht vom 3. Februar 2020 erwähnte schwerste Frustrations- und Belastungsintoleranz mit Reizbarkeit, Konzentrationsstörungen, Störung der Affektsteuerung und der Impulskontrolle in ihrer Bedeutung/in ihrem Ausmass zu relativieren, ansonsten die Fahreignung für Motorfahrzeuge ebenso in Frage gestellt werden müsste (vgl. IV-act. 43; vgl. die medizinischen Mindestanforderungen gemäss Ziff. 4. psychische Störungen im Anhang 1 der Verkehrszulassungsverordnung [VZV; SR 741.51]: Keine psychischen Störungen mit bedeutsamen Auswirkungen u.a. auf die Informationsverarbeitung und -bewertung, das Reaktionsvermögen- und die situationsgerechte Verhaltenssteuerung. Keine Beeinträchtigung von verkehrsrelevanten

Leistungsreserven. Keine manische oder erhebliche depressive Symptomatik. Keine erheblichen Persönlichkeitsstörungen [...]). Folglich ist davon auszugehen, dass die Persönlichkeitsstruktur und deren Ausprägungen sich im Rahmen dessen bewegen, was (noch) als normal gilt, zumal in den Akten keine konkreten relevanten Abweichungen ersichtlich sind. Der Beschwerdeführer dürfte auch über verwertbare Ressourcen verfügen. Dazu gehören die von ihm erwähnte Ausbildung zum C.____ sowie die mehrjährige Berufserfahrung in verschiedenen Tätigkeitsbereichen bei verschiedenen Arbeitgebern. Auch bewies er wiederholt, dass er fähig ist, sich gezielt weiterzubilden. So absolvierte er erfolgreich u.a. einen Schweisskurs, einen Gabelstaplerkurs und einen Informatikanwenderkurs (vgl. IV-act. 21-2, 22-1 ff.). Im Weiteren verfügt er zumindest über gute mündliche Deutschkenntnisse, konnten doch die gutachterlichen Untersuchungen ohne Dolmetscher durchgeführt werden (vgl. IV-act. 59-26, 59-42, 59-75, 59-80; wobei die psychiatrische Exploration mit Dr. K.____ überwiegend in der "gemeinsamen" B.____ischen, punktuell auch in der "gemeinsamen" schweizerdeutschen Umgangssprache stattgefunden hat [IV-act. 59-93 Ziff. 4.2]). Ausserdem bewährte er sich in den beiden mehrmonatigen Einsatzprogrammen (vgl. IV-act. 22-6 f.). Gemäss Dr. E.____ scheint der Beschwerdeführer im Alltag trotz der pessimistischen Haltung durchaus zu funktionieren (vgl. IV-act. 11, 16). Dr. K.____s Aussage, dass der Beschwerdeführer durchaus über verwertbare bzw. nutzbare Ressourcen verfüge, ist daher plausibel. Was den sozialen Kontext anbelangt, lebt der Beschwerdeführer zusammen mit seiner zweiten Ehefrau und seinem Sohn (IV-act. 59-31, 59-99). Zu seiner Mutter und seinen Schwiegereltern hat er regelmässigen Kontakt (IV-act. 59-30, 59-93). Zudem scheint er, wenn auch auf einem geringeren Niveau als früher, Kontakte zu weiteren Bekannten und Kollegen zu pflegen (vgl. IV-act. 59-93). Er ist auch sonst nicht gänzlich isoliert von der Umwelt, verlässt er doch regelmässig seine Wohnung bspw. für Arztbesuche oder um seinen Sohn mit dem Auto zur Schule und zu Freizeitaktivitäten zu bringen (vgl. IV-act. 34, 59-92). Aus den Akten ergibt sich denn auch nicht, dass die Selbstbehauptungsfähigkeit und die Kontaktfähigkeit psychisch bedingt erheblich eingeschränkt wären. Dass er – wie er selbst geltend macht – anderen Personen wegen seiner Impulsivität nicht zumutbar sei (vgl. IV-act. 21-2), vermag nicht zu überzeugen, denn sollte dies zutreffen, wäre – wie bereits erwähnt – die Fahreignung für Motorfahrzeuge in Frage zu stellen. Nach dem Gesagten kann daher weder von relevanten krankheitsbedingten sozialen Beeinträchtigungen noch von einer krankheitsbedingten gleichmässigen Reduktion des Aktivitätsniveaus in allen Lebensbelangen ausgegangen werden. Was den behandlungs- und eingliederungsanamnesticen ausgewiesenen Leidensdruck angeht, fällt auf, dass dieser zum Verfügungszeitpunkt nicht ein Ausmass erreicht hatte, welches den Beschwerdeführer veranlasst hätte, der Empfehlung seines Psychiaters zu folgen und an Eingliederungsmassnahmen der IV-Stelle teilzunehmen oder (teil-)stationäre Behandlungen in Betracht zu ziehen (vgl. IV-act. 14-8). Zum Zeitpunkt der gutachterlichen Untersuchungen war das angestrebte Ziel des Beschwerdeführers möglicherweise nicht eine Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt, sondern die Zusprache einer Invalidenrente. So würden ihm zusätzliche Fr. 500.- zur Bestreitung des Lebensunterhaltes reichen (vgl. IV-act. 59-90). Zur Arbeitsfähigkeit führte Dr. K.____ aus, dass aus rein fachpsychiatrischer Sicht unter Absehung der körperlichen Probleme und der objektiv sehr schwierigen Situation des Beschwerdeführers nicht von einer Arbeitsunfähigkeit auf dem Arbeitsmarkt auszugehen sei. Er erachtete es jedoch als möglich, dass einmal oder zu wiederholtem Male kurze, psychiatrisch gerechtfertigte Arbeitsunfähigkeiten, im Rahmen kurzdauernder und vorübergehender reaktiver

Verschlechterungen des psychischen Zustandes, bestanden hätten (IV-act. 59-9 f./95 ff.). Dr. E.____ vertritt dagegen die Ansicht, dass in Anbetracht schwerster Frustrations- und Belastungsintoleranz mit Reizbarkeit, Konzentrationsstörungen infolge Grübelneigung, schwerer defizitärer Beziehungsfähigkeit und Kontaktgestaltung infolge Reizbarkeit, leichter Störung der Affektsteuerung und der Impulskontrolle, schwerer Selbstwertkrise und Störung der Intentionalität und des Antriebes selbst in einer ideal adaptierten Tätigkeit derzeit auf dem ersten Arbeitsmarkt keine Arbeitsfähigkeit gegeben sei (vgl. IV-act. 43-2 ff.) bzw. es unzutreffend sei, dass beim Beschwerdeführer aus isoliert psychiatrischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vorliegen solle (vgl. IV-act. 70-2 ff.). In Anbetracht der gutachterlich erhobenen versicherungsrelevanten Befunde sowie der Erkenntnisse aus der Prüfung der Standardindikatoren gibt es keine beachtenswerten Gründe, nicht der gutachterlichen Arbeitsfähigkeitseinschätzung zu folgen und nicht von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit für leidensangepasste Tätigkeiten auszugehen. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass das psychologische Teilgutachten von Dr. K.____ die erforderlichen Indikatoren des strukturierten Beweisverfahrens ausreichend berücksichtigt. Dass auf das Gutachten abgestellt werden könne, bestätigte der RAD auch nach Vorliegen der Einwände von Dr. E.____ vom 30. April 2021 (IV-act. 70-2 ff.; vgl. RAD-Stellungnahme vom 10. Juni 2021, IV-act. 71). Für eine abweichende rechtliche Beurteilung hinsichtlich der invalidenversicherungsrechtlichen Relevanz der psychiatrischen Diagnosen bleibt somit kein Raum, zumal das Teilgutachten – entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers – die geklagten Beschwerden und die medizinischen Akten sehr wohl ausreichend berücksichtigt. Insbesondere ist die gutachterliche Beurteilung gegenüber den davon abweichenden Einschätzungen von Dr. E.____ mit Blick auf die erhobenen Befunde und Diagnosen, aber auch mit Blick auf die Tatsache, dass der Beschwerdeführer die vom behandelnden Psychiater als zumutbar erachteten Eingliederungsmassnahmen u.a. aus finanziellen Gründen (er sei nicht bereit gratis zu arbeiten) ablehnte, gut nachvollziehbar, stimmig, konsistent und vermag zu überzeugen. Seitens des Beschwerdeführers wurde denn auch nichts vorgebracht, was die Folgerungen des psychiatrischen Gutachters ernsthaft in Zweifel zu ziehen vermöchte (vgl. dazu Erwägung 2.3). Folglich ist im Weiteren aus psychiatrischer Sicht auf die Arbeitsfähigkeitseinschätzungen von Dr. K.____ abzustellen. Gesamthaft bzw. aus interdisziplinärer medizinischer Sicht ist somit für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als D.____ sowie für überwiegend stehend und gehend ausgeübte Tätigkeiten mit der intermittierenden Notwendigkeit von Zwangshaltungen sowie dem gelegentlichen Heben und Tragen von Lasten über 15 kg von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Für optimal leidensangepasste Tätigkeiten, welche dem orthopädischen Anforderungsprofil entsprechen (vgl. IV-act. IV-act. 59-8 f., 59-69, 59-70 f.), ist aus interdisziplinärer versicherungsmedizinischer Sicht bezogen auf ein volles Pensum von einer quantitativ unlimitierten Arbeitsfähigkeit von 100 % auszugehen. Bei dieser Ausgangslage erübrigen sich weitere medizinische Abklärungen wie die vom Beschwerdeführer geforderte Einholung eines Gerichtsgutachtens bzw. Rückweisung an die Beschwerdegegnerin zwecks Vornahme weiterer Abklärungen (vgl. act. G 1, G 9). Es bleibt damit die Prüfung der erwerblichen Auswirkungen vorzunehmen. Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen

könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen, Art. 16 ATSG und Art. 28a Abs. 1 IVG). Da vorliegend ein vor dem 1. Januar 2022 beginnender Rentenanspruch im Streit liegt, finden die am gleichen Tag in Kraft getretenen Anpassungen im IVG sowie in der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) keine Anwendung (siehe das Kreisschreiben des Bundesamtes für Sozialversicherungen über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung, gültig ab 1. Januar 2022, Rz. 9100 ff.). Nach dem bis 31. Dezember 2021 gültigen Art. 28 Abs. 2 IVG besteht Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70 %, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie wenigstens zu 60 %, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 % und auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40 % invalid ist. Der Beschwerdeführer lässt geltend machen, dass die Restarbeitsfähigkeit nicht mehr verwertbar und deshalb kein Invalideneinkommen anzurechnen sei. Zum angeführten Argument, dass seine Sprachkenntnisse für die in Frage kommenden Tätigkeiten ungenügend seien, ist zu entgegnen, dass bei einem Grossteil der Hilfsarbeitertätigkeiten die Sprachkenntnisse des Beschwerdeführers ausreichend sein dürften, war doch während den meisten gutachterlichen Untersuchungen die Verständigung auf Deutsch auch ohne Dolmetscher gut möglich (vgl. vorstehende Erwägung 2.10). Ausserdem absolvierte er erfolgreich verschiedene Weiterbildungen, die ebenfalls Deutschkenntnisse vorausgesetzt haben müssen. Die Einschränkungen in somatischer/orthopädischer Hinsicht vermögen das in Frage kommende Arbeitsspektrum an Hilfsarbeitertätigkeiten einzuschränken, insbesondere diejenigen Tätigkeiten, welche mit schwerer körperlicher Arbeit verbunden sind, trotzdem dürfte es noch genügend zumutbare Hilfsarbeitertätigkeiten bspw. im Dienstleistungs- als auch im Produktionsbereich geben. Dem Einwand, dass der Beschwerdeführer seit mehr als zehn Jahren keiner Erwerbstätigkeit mehr nachging, ist zu entgegnen, dass dies (zumindest teilweise) ihm selbst anzurechnen ist, denn obwohl der ihn behandelnde Psychiater Dr. E. ___ Eingliederungsmassnahmen als sinnvoll erachtete, lehnte er die Teilnahme an solchen ab. Die orthopädisch bedingten qualitativen Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit nehmen auch nicht ein derart aussergewöhnliches Ausmass an, dass auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nicht mehr mit zumutbaren Stellen gerechnet werden kann. Die Beschwerdegegnerin hat denn auch in zutreffender Weise mögliche Einsatzgebiete und Tätigkeiten genannt, welche dem Beschwerdeführer grundsätzlich zumutbar wären (vgl. act. G 11-6 f.). Dass der Beschwerdeführer mit seinen qualitativen Einschränkungen nur noch Bürotätigkeiten wahrnehmen kann, über die dafür notwendigen Voraussetzungen und Kenntnisse jedoch nicht verfügt (vgl. act. G 9-6 f.), ist nicht erwiesen. Einerseits dürfte es, wie bereits ausgeführt, geeignete Tätigkeiten auch ausserhalb des Bürobereiches geben und andererseits verfügt der Beschwerdeführer hinsichtlich einfacherer Bürotätigkeiten durchaus über nutzbare Kenntnisse wie die Ausbildung zum Informatik-Anwender SIZ (vgl. IV-act. 5) sowie über eine Weiterbildung in der Lagerbewirtschaftung (Blue Office; vgl. IV-act. 22). Anzumerken ist, dass das Bundesgericht sehr restriktiv hinsichtlich der Unverwertbarkeit einer Restarbeitsfähigkeit ist (vgl. dazu den Entscheid des Versicherungsgerichts St. Gallen vom 16. März 2022, IV 2021/5, E. 4.2.3). Die Voraussetzungen für eine Unverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit sind vorliegend sicherlich nicht erfüllt. Infolgedessen kann nicht von einer objektiven Unverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit ausgegangen werden. Mit Blick auf die Erwerbsbiographie des Beschwerdeführers kann gesagt werden, dass er fast sein ganzes Erwerbsleben lang ein Einkommen erzielte, das deutlich unter dem vom Bundesamt für Statistik ermittelten Medianlohn für Hilfsarbeiter lag (vgl. IV-act. 7: bei der letzten Arbeitsstelle erzielte er im

Jahr 2008 ein Einkommen von Fr. 64'643.-; das Einkommen des Jahres 2009 ist bedingt durch die lange Arbeitsunfähigkeit und die Arbeitsvertragsauflösung per Mitte Jahr nicht hinreichend verlässlich, als dass es zur Ermittlung des Erwerbspotentials ohne Behinderung verwendet werden könnte). Ein über dem Hilfsarbeiter-Lohnniveau liegendes Erwerbspotential ist jedenfalls nicht überwiegend wahrscheinlich bewiesen. Da vor diesem Hintergrund und bei voller Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit selbst bei Gewährung eines Tabellenlohnabzugs (welcher aber offenkundig deutlich unter dem maximal zulässigen von 25 % bleiben müsste) kein rentenbegründender Mindestinvaliditätsgrad von 40 % erreicht wird, kann eine genaue Invaliditätsbemessung unterbleiben. Gemäss vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde abzuweisen. Anzumerken ist, dass es dem Beschwerdeführer freisteht, sich bei einer dauerhaften Verschlechterung seines Gesundheitszustandes bei der Invalidenversicherung erneut anzumelden (Art. 17 Abs. 1 ATSG sowie Art. 87 Abs. 3 in Verbindung mit Abs. 2 IVV) und dabei insbesondere Eingliederungsmassnahmen/berufliche Massnahmen zu beantragen. Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.- bis Fr. 1'000.- festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Gerichtskosten von Fr. 600.- erscheinen in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Der vollständig unterliegende Beschwerdeführer hat die gesamten Gerichtskosten von Fr. 600.- zu tragen. Zuzufolge gewährter unentgeltlicher Rechtspflege (act. G 12) ist er von der Bezahlung zu befreien. Ausgangsgemäss hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung. Der Staat bezahlt zuzufolge unentgeltlicher Rechtsverteiständung die Kosten der Rechtsvertretung des Beschwerdeführers. Die Parteientschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG). In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b der Honorarordnung (HonO; sGS 963.75) pauschal Fr. 1'500.- bis Fr. 15'000.-. In der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit erscheint mit Blick auf vergleichbare Fälle (vgl. etwa den Entscheid des Versicherungsgerichts vom 28. Februar 2022, IV 2021/18, E. 7.3) eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 4'000.- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) angemessen. Dieses entspricht weitgehend dem vom Rechtsvertreter des Beschwerdeführers in der Beschwerdeergänzung geltend gemachten Honorar. Indessen ist es um einen Fünftel zu kürzen (Art. 31 Abs. 3 des Anwaltsgesetzes, sGS 963.70). Somit hat der Staat den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers pauschal mit Fr. 3'200.- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen. Eine Partei, der die unentgeltliche Rechtspflege gewährt wurde, ist zur Nachzahlung verpflichtet, sobald sie dazu in der Lage ist (Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung [ZPO; SR 272] i.V.m. Art. 99 Abs. 2 des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege [VRP; sGS 951.1]). Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP Die Beschwerde wird abgewiesen. Der Beschwerdeführer wird von der Bezahlung der Gerichtsgebühr in der Höhe von Fr. 600.- zuzufolge unentgeltlicher Rechtspflege befreit. Der Staat entschädigt den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers zuzufolge unentgeltlicher Rechtsverteiständung mit Fr. 3'200.- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer).

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