

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2021/89 vom 10. Mai 2022**

Sg Versicherungsgericht, 2022-05-10, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_IV\\_2021\\_89](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2021_89)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2021/89 du 10 mai 2022

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2021/89 del 10 maggio 2022

## **Regeste**

Würdigung eines psychiatrischen und eines aufgrund eines Einwands noch eingeholten orthopädischen Gutachtens. Der Verdienst aus der tatsächlich ausgeübten Anstellung taugt nicht als Massstab für das Invalideneinkommen (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 10. Mai 2022, IV 2021/89).

## **Volltext**

Entscheid vom 10. Mai 2022 Besetzung Versicherungsrichterinnen Karin Huber-Studerus (Vorsitz), Monika Gehrler-Hug und Corinne Schambeck; Gerichtsschreiberin Fides Hautle Geschäftsnr. IV 2021/89 Parteien A.\_\_\_\_, Beschwerdeführer, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rente Sachverhalt A.\_\_\_\_ meldete sich am 14./19. September 2017 (IV-act. 1) bei der Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an. Er habe bis zum ersten Vordiplom 199\_ \_\_\_\_ studiert und hernach 199\_ eine dreijährige Lehre als B.\_\_\_\_ abgeschlossen. Er sei in einem seit 2011 bestehenden Arbeitsverhältnis noch bis 30. September 2017 angestellt und habe einen Lohn von Fr. 65'260.--. Seit 27. Mai 2017 sei er nicht mehr fähig, die erforderliche Leistung im Beruf zu erbringen. Er sei körperlich und psychisch ausgelaugt, leide an Appetitlosigkeit und habe Angst, versagt und nicht genug geleistet zu haben. Ausserdem bestehe eine Suchterkrankung. Eine Krankschreibung wegen einer erlittenen Thrombose habe zur Kündigung (sc. im Juni 2017, vgl. IV-act. 6-9) geführt, dann habe er im Sommer einen völligen Zusammenbruch erlitten. - Die Arbeitgeberin bestätigte im Bericht vom \_\_\_\_ September 2017 (IV-act. 6), der Lohn betrage seit Januar 2017 Fr. 65'\_\_\_\_.--. Das Arbeitsverhältnis werde voraussichtlich Ende Jahr enden. Sie habe u.a. wegen hoher Absenzzzeit, fehlender Kommunikation und häufigen Zu-spät-Kommens gekündigt. Im beigelegten Kündigungsschreiben vom \_\_\_\_ Juni 2017 (IV-act. 6-9) war auf eine Verwarnung vom April 2016 hingewiesen worden. Am 6. November 2017 wurden die Akten der Krankentaggeldversicherung (Fremd-act.) eingereicht. - Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, hatte der Versicherung in einem ärztlichen Erstbericht vom 4. August 2017 betreffend eine Arbeitsunfähigkeit ab 29. Mai 2017 (Fremd-act. 1-1 bis 3) angegeben, es bestünden beim Versicherten eine Depression und ein Opiat-Ersatzprogramm mit Sevre-long, daneben bestehe (ohne Einfluss auf die Arbeitsunfähigkeit) eine Venenthrombose. Es lägen eine Erschöpfung und ein Gewichtsverlust vor. Der Arzt wies auf einen (Austritts-) Bericht der Psychiatrischen Klinik D.\_\_\_\_ vom 14. März 2016 hin. Als nicht-medizinischen Grund mit einem Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit benannte er den Umstand, dass dem Versicherten gekündigt worden sei. Eine Leistung von 50 % über den Tag hinweg sei in der aktuellen Tätigkeit zumutbar.

Möglich und zumutbar sei auch eine Tätigkeit als Allrounder im Bereich \_\_\_\_ . - Dem Vorgesetzten des Versicherten hatte Dr. C. \_\_\_\_ am 4. August 2017 (Fremd-act. 1-8) geschrieben, er danke ihm dafür, dass er diesen in all den Jahren des Arbeitsverhältnisses gut behandelt habe. Leider habe sich dessen Gesundheitszustand in den letzten Monaten verschlechtert, so dass er nicht mehr als B. \_\_\_\_ arbeiten könne. Er werde sich in eine erneute intensive Behandlung begeben. Nachher werde mit Hilfe der Invalidenversicherung versucht werden, ihn zum Beispiel in eine Funktion im Bereich \_\_\_\_ umzuschulen. - Im erwähnten Austrittsbericht vom 14. März 2016 (Fremd-act. 1-4 f., vgl. auch IV-act. 57-4 f.; betreffend einen Aufenthalt des Versicherten vom 6. Januar 2016 bis 14. März 2016) hatte die Klinik (Suchttherapie Station, Dr. med. E. \_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie) festgehalten, der Versicherte sei freiwillig auf die Entzugsstation eingetreten. Er sei zunächst wieder auf Methadon und im Verlauf auf Subutex eingestellt worden, womit er gut habe stabilisiert werden können. Ein schwieriges Gespräch mit dem Vorgesetzten habe der Versicherte nutzen und diesen über seine Suchterkrankung in Kenntnis setzen können, was ihn sehr erleichtert habe. Es habe nur wenige Rückfälle gegeben. Bearbeitet worden seien auch die Abgrenzung des Versicherten gegenüber [...], der Wiedereinstieg an seiner Arbeitsstelle und ein schrittweiser Abschied von seiner Identität als Süchtiger. Die Psychiatrie F. \_\_\_\_ (Suchttherapie Station, Dr. E. \_\_\_\_) gab in einem Bericht vom 29. November 2017 (IV-act. 14, vgl. Austrittsbericht vom 25. Oktober 2017, IV-act. 12) an, es bestünden beim Versicherten seit Jahren Störungen durch Opioid: Abhängigkeitssyndrom: gegenwärtig Teilnahme an einem ärztlich überwachten Ersatzdrogenprogramm, Störungen durch Cannabinoide: Abhängigkeitssyndrom: gegenwärtig abstinent, aber in beschützender Umgebung, Störungen durch Kokain: Abhängigkeitssyndrom: gegenwärtig abstinent, aber in beschützender Umgebung, ein St. n. Thrombose im linken Unterschenkel 5/17 und im rechten Unterschenkel vor vielen Jahren (mit einer Gerinnungsstörung), und eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit emotional instabilen und narzisstischen Anteilen. Der Versicherte sei am 10. August 2017 aufgrund einer psychosozialen Belastungssituation mit Stellenverlust vor dem Hintergrund einer langjährigen Opiatabhängigkeit und regelmässigen Cannabis- und Kokainkonsums zur achten Hospitalisation (letzter vorangegangener Aufenthalt von Januar bis März 2016) gekommen. Am 25. Oktober 2017 sei er zur weiteren stationären Suchttherapie in die Klinik G. \_\_\_\_ übergetreten. Nach der Thrombophlebitis sei er längere Zeit bei der Arbeit ausgefallen und habe dann die Kündigung erhalten. Er wolle eventuell eine Umschulung machen. - Die Personalberaterin IIZ des Regionalen Arbeitsvermittlungszentrums (RAV) erkundigte sich am 11. April 2018 (IV-act. 15) nach IV-Unterstützungsmöglichkeiten, da der Versicherte nach Klinikaustritt im Geschäft seines \_\_\_\_ im Bereich \_\_\_\_ eine Tätigkeit zu 50 % aufnehmen könne. Die Klinik G. \_\_\_\_ (Dr. med. H. \_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie; fallführend I. \_\_\_\_) berichtete am 17. April 2018 (IV-act. 18; bei Eintritt am 25. Oktober 2017 und geplantem Austritt am 20. April 2018; vgl. auch Austrittsbericht vom 20. April 2018, IV-act. 21) von folgenden Diagnosen: (erstens) Zykllothymia (bei Eintritt leichte Symptome einer hypomanen Phase, im Februar und März mittelschwere depressive Phase, derzeit milde bis mässige Ausprägung depressiver Symptome, nicht mehr klinisch relevant im Sinn von BDI), (zweitens) einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung ADS, und (drittens) St. n. Thrombose im linken Unterschenkel 5/17 und im rechten Unterschenkel vor vielen Jahren bei ausgeprägter Varikosis. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien u.a. Störungen durch Opioid, durch Cannabinoide, durch Kokain und durch Tabak (ausser bei Kokain je Abhängigkeitssyndrom). Der Versicherte habe

erklärt, er wolle von den Drogen wegkommen und strebe wegen seiner psychischen Verfassung eine berufliche Umschulung an. Er habe den Arbeitsalltag im bisherigen Betrieb nur unter Drogeneinfluss aushalten können. Es wurde berichtet, zu Beginn hätten leichte Symptome einer hypomanen Phase imponiert, die dann nach Wochen zunehmend in Gereiztheit und innere Unruhe bis zur Ideenflucht übergegangen seien. Das habe zu einer Phase mit anhaltender Müdigkeit, Verlust von Selbstvertrauen und depressiver Verstimmtheit geführt, von der er sich im Januar wieder erholte. Ab Februar sei es erneut zu einer depressiven Entwicklung gekommen. Seine Mutter habe an einer bipolaren Störung gelitten, die viele Klinikaufenthalte nach sich gezogen habe. Das Störungsbild der Zyklothymia komme gehäuft bei solchen Verhältnissen vor. Der Versicherte habe die Funktion seines Konsums verstanden und zeige sich motiviert, seine Abstinenz aufrechtzuerhalten. Bei Kontrollen seien zwei begrenzte Rückfälle mit Mischkonsum von Heroin und Kokain und zwei Vorfälle mit Alkohol festgestellt worden. Die niedergeschlagene Stimmung berge beim Versicherten die Versuchung, sie mit Drogen aufzuhellen. Er sei im Arbeitsbereich B.\_\_\_\_ei eingeteilt - entsprechend einer Beschäftigung von 50 % -, zeige Zuverlässigkeit, hohes Engagement und Konstanz, und sein Geschick und seine Leistungen würden vom Arbeitstherapeuten sehr betont. Er wäre auch auf dem freien Arbeitsmarkt ein B.\_\_\_\_, der mit seinem Können und seinen kreativen Vorschlägen hervorsteche. In der Sozialtherapie seien seine Schwierigkeiten mit der Selbststrukturierung und der Selbstorganisation aufgefallen, die auf ein ADS zurückgeführt würden. Im Austrittsbericht wurde empfohlen, den Beschäftigungsgrad zunächst bei 50 % zu behalten und später zu steigern. Der Versicherte habe die Chance, in den nächsten Monaten in der \_\_\_\_-Unternehmung seiner \_\_\_\_ und seines \_\_\_\_ angelehrt zu werden. Auf Anraten der Invalidenversicherung habe sich der Versicherte am 9. April 2018 beim RAV angemeldet. - In einem Arbeitsunfähigkeitszeugnis vom 3. April 2018 (IV-act. 18-6) war festgehalten worden, der Versicherte werde (sc. nach dem Austritt) ab dem 21. April 2018 zu 50 % arbeitsunfähig sein. - Am 8. Mai 2018 (IV-act. 20) wurde eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % bis vorläufig 31. Mai 2018 attestiert; es folgten später zahlreiche monatliche Verlängerungen (bis Juni 2020, vgl. IV-act. 85). Am 21. Juni 2018 ging eine Vertretungsvollmacht des Versicherten vom 23. August 2008 an den genannten \_\_\_\_ ein (IV-act. 23, vgl. Aktenverzeichnis S. 1). Die zuständige Ärztin des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) der Invalidenversicherung empfahl am 25. Juni 2018 (IV-act. 24), die Austrittsberichte der sieben früheren Hospitalisationen einzuholen und Abklärungen zur Thrombose und zur Gerinnungsstörung zu treffen. Dr. C.\_\_\_\_ gab in einem Bericht vom 4. Juli 2018 (IV-act. 28-2) an, der Versicherte habe seit der Jugend eine Depressionskrankheit, mitverursacht durch das Miterleben der schweren psychiatrischen Erkrankung seiner Mutter. Die Suchtkrankheit sei eine Flucht aus dieser Depression gewesen und sei es noch. Der Versicherte habe viele Jahre lang über seine gesundheitlichen Verhältnisse hinaus gearbeitet. Er (der Arzt) habe ihm immer wieder geraten, das Arbeitspensum zu reduzieren, weil der Versicherte körperlich chronisch erschöpft gewesen und in eine Magersucht geraten sei. Aus Angst vor einem Stellenverlust habe er aber durchgehalten. Im Dezember 2016 habe er sich dann mit einer mittelschweren Depression und allgemein grosser Erschöpfung gezeigt. In der Klinik habe er sich von August bis Oktober 2017 etwas erholen können. Ein erneuter Arbeitsversuch habe wieder zu einem Zusammenbruch geführt, so dass er von Oktober 2017 bis April 2018 nochmals stationär behandelt worden sei. Ein weiterer Arbeitseinsatz am bisherigen Arbeitsplatz sei nicht mehr möglich und wäre auch nicht mehr sinnvoll gewesen. Derzeit sei der Allgemeinzustand

etwas besser, aber es bestünden starke innere Unruhe, Ängste und eine sehr schwache Belastbarkeit. Schon kleinste Telefonate mit dem RAV brächten den Versicherten in eine Paniksituation, so dass er jene Beziehung abgebrochen habe. Weil er auf verschiedene Antidepressiva schlecht angesprochen habe, behandle er den Versicherten gegen seine Ängste und Panikattacken mit hochdosiertem Lasea. In einem IV-Arztbericht vom 6. März 2019 (IV-act. 40) benannte die Klinik G.\_\_\_\_ als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (06.03.2019)/mittelgradig (im Herbst, Winter 2018), eine einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung ADS (2018/vorbestehend), einen St. n. Thrombose im linken Unterschenkel 5/17 und im rechten Unterschenkel vor vielen Jahren bei ausgeprägter Varikosis, und einen St. n. OP (November 2018) Varizen. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien die Störungen durch die Suchtmittel. Der Versicherte stehe seit 21. April 2018 in ambulanter Behandlung und sei seither noch zu 50 % arbeitsunfähig. Eine Steigerung sei nicht absehbar, weil er mit diesem Ausmass schon sehr am Limit sei. Er mache sich selber unnötigen Druck. Als er kurzfristig wegen eines dringenden Auftrags etwas mehr arbeiten müssen, habe er nicht mehr schlafen können. Unter Focalin hätten sich seine morgendlichen Antriebsschwierigkeiten sehr gebessert. Zurzeit könne er wieder vielmals nur zwei Stunden schlafen, weshalb ihm ein Aussetzen dieses Medikaments angeraten worden sei. Der Versicherte bemühe sich redlich und nach Kräften, die erwarteten Leistungen zu erbringen. Er benötige eine längerfristige finanzielle Sicherheit, die wieder zur psychischen Stabilität beitrage. Die Vertrauensärztin der Krankentaggeldversicherung (Dr. med. J.\_\_\_\_, Spezialärztin für Psychiatrie und Psychotherapie) gab am 8. August 2018 (IV-act. 40-9 ff.) u.a. aufgrund der Angaben der behandelnden Psychotherapeutin der Klinik G.\_\_\_\_ (wohl: I.\_\_\_\_) an, es lägen eine "einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung ADHS" und eine Zykllothymie mit Übergang in eine bipolare Störung vor. Sollte sich eine bipolare Störung künftig eindeutig manifestieren, wäre eine medikamentöse Phasenprophylaxe indiziert. Die "Primärerkrankung ADHS" sei bisher nicht störungsspezifisch behandelt worden. Eine Behandlung mit Methylphenidat habe möglicherweise mit eventuell ungünstigem Erfolg stattgefunden. Der Versicherte habe die akademische Ausbildung wegen des nicht erkannten "ADHS" verpasst. Die Tätigkeit als B.\_\_\_\_ sei aus psychischen und möglicherweise auch aus physischen Gründen nicht mehr möglich. In einer adaptierten Tätigkeit sei der Versicherte zurzeit an vier Stunden pro Tag arbeitsfähig, im günstigsten Fall auf sechs bis acht Stunden steigerungsfähig. Die Leistung betrage ca. 30 %, nicht zuletzt wegen der fehlenden Ausbildung in der (neuen) Branche, im günstigsten Fall seien 50 % zu erwarten. Mit Mitteilung vom 24. Juni 2019 (IV-act. 50) teilte die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle dem damaligen Rechtsvertreter des Versicherten mit, weitere berufliche Massnahmen seien für diesen nicht angezeigt, da er sich zu einer Steigerung des halbtägigen Pensums in seinem (des \_\_\_\_ ) Betrieb im kaufmännischen Bereich nicht in der Lage sehe. Am 5. September 2019 (IV-act. 56) wurden eine Zusammenfassung der Krankengeschichte vom 12. Januar 2001 (IV-act. 57-16 f.; Aufenthalt vom 4. bis 7. Januar 2001), ein Kurz-Austrittsbericht vom 26. Juni 2006 (IV-act. 57-14 f.; Aufenthalt vom 15. bis 19. Juni 2006) und vier zusätzliche Austrittsberichte (vom 1. September 2006, IV-act. 57-12 f., Aufenthalt vom 10. Juli 2006 bis 1. September 2006; vom 31. August 2007, IV-act. 57-10 f., Aufenthalt vom 13. Juli 2007 bis 31. August 2007; vom 14. Juli 2008, IV-act. 57-8 f., Aufenthalt vom 29. Januar 2008 bis 19. Juni 2008; und vom 14. April 2009, IV-act. 57-6 f., Aufenthalt vom 6. bis 14. April 2009) der Psychiatrie F.\_\_\_\_ bzw. der Psychiatrischen Klinik D.\_\_\_\_ eingereicht. -

In der Zusammenfassung der Krankengeschichte vom Januar 2001 war festgehalten worden, der Versicherte habe erklärt, im Studium trotz hohen Aufwands zu wenig Leistung erbracht zu haben, weil er zu viel Cannabis und Alkohol konsumiert habe. Seit etwa drei Jahren, ungefähr der Zeit nach Abschluss der Lehre (199\_), konsumiere er Heroin. Es wurde (in der Zusammenfassung) festgehalten, der Versicherte sei sehr verschlossen gewesen und die Kontaktaufnahme sei zögerlich erfolgt. Ausser einer stark abgeflachten affektiven Schwingungsfähigkeit sei der Psychostatus unauffällig gewesen. Er könne seine Bedürfnisse und Probleme im täglichen Kontakt schwer äussern. Es sei ein Methadon-gestützter Heroinentzug erfolgt, der nach wenigen Tagen abgebrochen worden sei. Es lägen eine Polytoxikomanie, methadonsubstituiert, und eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit abhängigen und selbstunsicheren Zügen vor. - In den weiteren Berichten war eine Persönlichkeitsstörung teilweise vermutet, teilweise diagnostiziert worden. Erwähnt waren u.a. auch ein Von Willebrand-Jürgens-Syndrom (vgl. IV-act. 57-10; Angiohämophilie) und eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (vgl. IV-act. 57-4). Die Arbeitslosenkasse gab am 2. Oktober 2019 (IV-act. 62) bekannt, der Versicherte sei seit dem 12. November 2009 mit einer Vermittlungsfähigkeit von 100 % und einem versicherten Lohn von Fr. 5'288.-- angemeldet gewesen, ohne dass (damals) ein Arztzeugnis über eine Arbeitsunfähigkeit vorgelegen habe. Für welchen Zeitraum Taggeldleistungen erbracht worden seien, sei dem Kontoauszug (Fremd-act. 2, vom 2. Oktober 2019) zu entnehmen. Dr. C.\_\_\_\_ erklärte in einem Arztbericht vom 16. Oktober 2019 (IV-act. 63), es bestünden diagnostisch eine rezidivierende mittelschwere Depression und ein ADS und es lägen ein reduzierter Allgemein- und Ernährungszustand, innere Unruhe, soziale Phobie, allgemeine Schwäche, Zukunftsängste und Stressintoleranz vor. Der Versicherte habe körperlich weniger Schmerzen als zu seiner Zeit als B.\_\_\_\_, aber psychisch gehe es ihm schlechter. Zurzeit sei er vorwiegend mit Büroarbeit mit gelegentlichem Kundenkontakt über die Woche hinweg mit 50 % Leistung tätig. Es sei zu hoffen, dass er die Stelle werde behalten können. - In einem beigelegten älteren Schreiben vom 29. Juni 2017 (IV-act. 63-7 f.) hatte Dr. C.\_\_\_\_ der Psychiatrischen Klinik D.\_\_\_\_ (Dr. E.\_\_\_\_) berichtet, der Versicherte sei zurzeit massiv "geschlagen" und habe eine reaktive mittelschwere Depression. Infolge der ausgeprägten Venenentzündung mit Thrombosierung habe er arbeitsunfähig geschrieben werden müssen. Im (wohl:) Arztzeugnis habe ein Tag gefehlt, worauf der Vorgesetzte das Arbeitsverhältnis sogleich gekündigt habe. In einem Arztbericht vom 9. Dezember 2019 (IV-act. 68-5 ff.) gab die Klinik G.\_\_\_\_ an, der Versicherte sei weiterhin zu 50 % arbeitsunfähig. Es bestünden u.a. eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (DD bipolare affektive Störung), eine einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung ADS (2018/vorbestehend) und eine Akzentuierung von Persönlichkeitszügen (ängstlich-vermeidend). Schon mit den 50 % Arbeit sei der Versicherte am Limit. Eine Steigerung würde zu einer unvermeidbaren Dekompensation des psychischen Zustands führen. Der Versicherte habe berichtet, zurzeit mit den Haushaltarbeiten nicht nachzukommen, wegen Reizüberflutung verschiebe er wieder Einkäufe, vor allem in Geschäften mit vielen Leuten (Vermeidungsverhalten), administrative Arbeiten verschiebe er bis zum letzten Zeitpunkt. - In einem Verlaufsbericht vom 10. Dezember 2019 (IV-act. 68-2 bis 4) erklärte die Klinik, im Sommer habe sich der Zustand des Versicherten verbessert, im Oktober habe er wieder Symptome gehabt, die einer mittelgradigen Depression entsprochen hätten. Das Angebot einer Auszeit in der Klinik habe er abgelehnt, weil er seine Arbeit und die damit gegebene Struktur schätze und nicht aus dem Rhythmus

fallen wolle. In seinem psychiatrischen Gutachten vom 13. Juli 2020 (IV-act. 89; Begutachtung am 27. April 2020) - unter Mitberücksichtigung einer neuropsychologischen Beurteilung des Fachpsychologen für Neuropsychologie Dr. phil. K.\_\_\_\_ vom 5. Juli 2020 (IV-act. 89-72 ff.; Untersuchung am 2. Juni 2020) - hielt Dr. med. L.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, als beim Versicherten vorliegende Diagnosen einerseits psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch (Opiate, Cannabinoide, Alkohol): Abhängigkeitssyndrom, und andererseits eine einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung fest. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sei eine bipolare II Störung. Es sei davon auszugehen, dass zwischen der Letzteren und der Entwicklung der Abhängigkeitserkrankung ein ursächlicher Zusammenhang bestehe. Die in der neuropsychologischen Abklärung beschriebenen Einschränkungen seien zumindest teilweise als Sucht-Folgeschäden zu betrachten. Der gegenwärtige Konsum könne diese Resultate mitbeeinflusst haben (vgl. IV-act. 89-59 f.). Für eine Persönlichkeitsstörung fänden sich keine eindeutigen Hinweise (vgl. IV-act. 89-62). Aufgrund der einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung bestünden gewisse neuropsychologische Einschränkungen, die in der neuropsychologischen Abklärung detailliert beschrieben seien. Aufgrund des langjährigen Drogenkonsums und der bipolar II Störung seien im Lauf der Zeit zusätzliche Einschränkungen (auch der neuropsychologischen Leistungsfähigkeit) hinzugetreten. Bei konsequentem Verzicht auf Beikonsum wäre die Leistungsfähigkeit besser als bei der aktuellen Abklärung vorhanden. Die Belastbarkeit des Versicherten sei etwas eingeschränkt. Insgesamt sei die Arbeitsfähigkeit im erlernten Beruf (IV-act. 65) und in einer kaufmännischen Tätigkeit - wie zurzeit ausgeübt (vgl. IV-act. 89-66) - derzeit (beim gegenwärtigen Konsum) zu höchstens 30 % eingeschränkt. Bei ganztägiger Leistungsfähigkeit bestünden ein erhöhter Pausenbedarf und gewisse qualitative Einschränkungen aufgrund der kognitiven Einschränkungen (vgl. IV-act. 89-64 f.), und zwar (bei kontinuierlicher Zunahme) seit dem 25. Oktober 2017. Die derzeit mindestens 70 % betragende Arbeitsfähigkeit nehme bei konsequenter Vermeidung eines Beikonsums möglicherweise noch zu. - Der Versicherte habe angegeben, er sei schon immer ambivalent gewesen, habe Schuld- und Insuffizienzgefühle, sei oft innerlich unruhig und ängstlich. Er habe Angst vor der Zukunft und Existenzängste, seit er nicht mehr voll arbeite. Stimmungsschwankungen habe er schon, seit er sich erinnern könne. Es komme vor, dass er ein Gefühl von Lebensüberdruß habe. Er habe gelegentlich Einschlaf- und regelmässig Durchschlafstörungen (vgl. IV-act. 89-53). Bis vor zwei Jahren habe er hauptsächlich als B.\_\_\_\_ gearbeitet, aber es habe auch ein paar Monate gegeben, in denen er temporär andere Arbeiten gemacht habe. Bis vor zwei Jahren habe er eigentlich immer zu 100 % gearbeitet; früher habe er nie grosse Ausfälle gehabt, aber er habe Stellen verloren, weil er am Morgen Mühe habe, rauszukommen. Er müsse sich zusammenehmen, um in den Tag und unter die Leute zu gehen (vgl. IV-act. 89-44). - Die RAD-Ärztin befürwortete am 10. August 2020 (IV-act. 92) das Abstellen auf das Gutachten. Mit Vorbescheid vom 13. August 2020 (IV-act. 95) wurde dem damaligen Rechtsvertreter des Versicherten eine Abweisung dessen Leistungsgesuchs um eine Rente bei einem Invaliditätsgrad von 28 % (Valideneinkommen Fr. 65'783.--, Invalideneinkommen Fr. 47'325.--) in Aussicht gestellt. Die Geschäfts- und regionale Fachstelle procap erhob als neu bestellte Rechtsvertretung am 17. September 2020 (IV-act. 99-1 bis 3) für den Versicherten Einwand und beantragte, sein Valideneinkommen sei nach korrekter Anpassung des Einkommens von 2017 an die Teuerung festzusetzen, es sei ein Leidensabzug von 15 % zu gewähren, sein Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit seien vollständig unter Einschluss des

somatischen Gesundheitsschadens sowie anhand einer Evaluation der Leistungsfähigkeit abzuklären und der Rentenanspruch sei nach Abschluss der medizinischen Abklärungen neu zu prüfen. Das Gutachten von Dr. L.\_\_\_\_ sei in Frage zu stellen, da gemäss dem Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 9. Januar 2019 die wirtschaftliche Abhängigkeit des Gutachters von der Invalidenversicherung evident sei. In einem beigelegten Bericht vom 15. September 2020 habe die Behandlerin I.\_\_\_\_ von der Klinik für Suchttherapie G.\_\_\_\_ nochmals Stellung genommen. Ebenso werde ein persönlicher Bericht des Versicherten eingereicht. Der somatische Gesundheitszustand sei nicht weiter abgeklärt worden. Namentlich würden nach der Thrombose vom Mai 2017 und dem operativen Eingriff vom November 2018 bei längerem Stehen immer noch die Beine anschwellen und schmerzen. Hierzu werde ein Bericht von Dr. med. M.\_\_\_\_, Facharzt für Dermatologie und Venerologie, vom 17. September 2018 eingereicht. Ausserdem seien auch die Rückenbeschwerden nicht abgeklärt worden. Es seien die Berichte der in Gang gesetzten orthopädischen und angiologischen Abklärungen abzuwarten. - Die Klinik G.\_\_\_\_ hatte unter Bestätigung des Versicherten bekräftigt, dass er bereits mit einer Arbeitsleistung von 50 % an seine Grenze komme und es häufig nicht mehr schaffe, seinen häuslichen und administrativen Aufgaben nachzukommen (vgl. IV-act. 99-4 f.). - Dr. M.\_\_\_\_ hatte (erstens) eine Varikothrombose, proximaler Unterschenkel links medial, bei (zweitens) Kniekehlenperforansveneninsuffizienz links mit Seitenastvarikose diagnostiziert (vgl. IV-act. 99-6 f.). - Der Versicherte hatte berichtet, er habe auf die wohl wichtigste Fangfrage des Gutachters nicht richtig reagiert. Denn dass er bis drei Jahre vor der IV-Anmeldung erfolgreich zu 100 % als B.\_\_\_\_ gearbeitet habe, treffe so leider nicht zu. Zwar habe er fachlich wohl oft gute und saubere Arbeit geliefert, doch die permanente psychische Überforderung habe ihm - schon am Morgen - Kraft geraubt und er habe unter Hochstress gestanden. Er habe mit zu genauem Arbeiten und zu häufigem Überprüfen der Arbeitsschritte reagiert, weshalb die Leistung den Erwartungen der Arbeitgeber selten entsprochen habe. Ängste und Zweifel hätten auch seine ganze Freizeit beherrscht. Folgen davon seien Schlaflosigkeit, Übermüdung, fehlender Appetit und Freudlosigkeit gewesen. Er habe Panik davor gehabt, es nicht allen recht machen und seinen eigenen Ansprüchen nicht genügen zu können. Das habe immer wieder zu einem Verlust von Arbeitsstellen geführt. Nur mit Hilfe niedrig dosierten Opiats habe er sich mehr als zwanzig Jahre lang mehr schlecht als recht über die Runden gebracht. Bis 2016 habe er seine Suchtproblematik in der Arbeitswelt geheim gehalten. Nachdem Dr. C.\_\_\_\_ ihn einmal im Januar 2017 wegen Untergewichts und einmal im Mai 2017 wegen der Thrombose krankgeschrieben habe, sei ihm gekündigt worden, weil er zu oft krank gewesen sei. Im Juli 2017 sei er einem Zusammenbruch nahe gewesen und sei, obwohl diesmal kein Entzug nötig gewesen sei, in die ihm bekannte Suchtstation eingetreten. Schon nach wenigen Stunden habe er grösste Mühe mit Stehen. Daher frage sich, wie er den ganzen Tag in der im Stehen zu verrichtenden Tätigkeit als B.\_\_\_\_ sollte arbeiten können, oder wie man als gelernter Arbeiter in der Baubranche 70 % Leistung über den ganzen Tag sollte verteilen können. Entweder man arbeite dort voll oder gar nicht. All die Zeugnisse vieler medizinischer Fachleute über eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % seien nicht berücksichtigt worden. Der Sachbearbeiter der Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle habe ihm bestätigt, dass er seine neue Tätigkeit als Büroangestellter in der\_\_\_\_ unbedingt weiterführen solle. - Dr. C.\_\_\_\_ hielt in der Folge am 14. Oktober 2020 (IV-act. 102-1 und -6) fest, dass der Versicherte weiterhin nur zu 30 bis 50 % leistungsfähig sei. Bei der Abklärung betreffend dessen allgemeine Müdigkeit, speziell die Muskelschwäche, sowie die Rücken- und

Beinschmerzen bei längerem Stehen, Gehen und Lastentragen habe sich eine Osteoporose gezeigt, im Rahmen der entsprechenden Abklärung dann auch ein starker Testosteronmangel. Diese beiden Krankheiten bestünden sicherlich bereits seit vielen Jahren. Sie würden sich durch Behandlung einigermaßen stabilisieren lassen, die entstandenen Schäden könnten aber nicht mehr gutgemacht werden. Während er den Versicherten früher vor allem als psychiatrischen und Sucht-Patienten gesehen habe, betrachte er dessen zeitweilige Einnahme von Suchtmitteln unter der Drogen-Ersatzbehandlung nun anders. Denn jeder Rückenpatient bekomme Schmerzmittel - und zum Teil auch Opiate - verordnet. - Nebst einem Laborbericht (IV-act. 102-2 f.) legte der Arzt auch einen Bericht von Dr. med. N.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 1. Oktober 2020 (IV-act. 102-4 f.) ein. Dr. N.\_\_\_\_ hatte einen Z.n. i.v. Drogenabhängigkeit, eine Osteoporose mit erhöhter Frakturgefahr, BWK 6 und LWK 2 eine Kompressionsfraktur mit Höhenminderung und vermehrter Kyphosierung der Wirbelsäule, und eine chronisch venöse Insuffizienz mit Z.n. Thrombose und postthrombotischem Syndrom diagnostiziert. Der Versicherte habe nun keine Rückenschmerzen mehr; als er als B.\_\_\_\_ gearbeitet habe, habe er erhebliche Schmerzen gehabt. - Mit Schreiben vom 28. Oktober 2020 (IV-act. 107) teilte Dr. C.\_\_\_\_ mit, der Versicherte sei in der Zwischenzeit bei einem Venenspezialisten gewesen. Dieser führe die Beinbeschwerden des Versicherten, die im Lauf des Tages belastungsabhängig zunähmen, auf den Rücken und nicht auf die Zirkulation zurück. Der Versicherte habe bei der aktuellen Konsultation eine ausgeprägte Adynamie und zunehmende Rückenschmerzen im Lauf des Tages mit Ausstrahlung in die Beine beklagt. Er werde maximal zu 50 % leistungsfähig bleiben. - In einem IV-Arztbericht vom 27. Oktober 2020 (IV-act. 108) teilte Dr. N.\_\_\_\_ mit, Tätigkeiten ohne schweres Heben und Tragen und nicht in gebückter Haltung seien dem Versicherten vollschichtig zumutbar. In einem orthopädischen Gutachten vom 23. Dezember 2020 (Untersuchung am Vortag) hielt die Begutachtungsstelle Neurologie Toggenburg AG (Dr. med. O.\_\_\_\_, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates) fest, es lägen beim Versicherten eine Belastungsminderung der Wirbelsäule bei manifester Osteoporose (DXA gesichert) und stattgehabtem BWK 6-Sinterungsbruch, niedrigenergetisch, sowie eine vermehrte BWS-Kyphose (Rundrücken) vor. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sei eine venöse Insuffizienz linker Unterschenkel. Es bestünden bei statisch-dynamischer Insuffizienz der Wirbelsäule mit Rundrücken bis auf weiteres Belastungsminderungen für das Heben und Tragen von Lasten über 10 kg. Solche Arbeiten könnten in der angestammten Tätigkeit als etwa zu 50 % vorkommend angenommen werden, so dass sich zumindest ab dem Zeitpunkt der Diagnosestellung der Osteoporose am 1. Oktober 2020 mit zuvor stattgehabter Wirbelkörpersinterung eine entsprechend reduzierte Leistungsfähigkeit ergebe (vorher volle Arbeitsfähigkeit). Mit dieser Reduktion bei zumutbarer Präsenzzeit von 8.5 Stunden pro Tag sei dem Schutz der Wirbelsäule ausreichend Rechnung getragen. In einer adaptierten Tätigkeit - ohne häufiges Heben und Tragen von Lasten über 10 kg, ohne ständiges Bücken in Vorneigung und ohne dauernde Zwangshaltung der Wirbelsäule - sei der Versicherte voll arbeitsfähig. Eine Besserung der Knochenfragilität sei durch konsequente antiresorptive und ggf. osteoanabole Behandlung nach mindestens drei bis fünf Jahren zu erwarten. Ausserdem seien Physiotherapie, eine endokrinologische Betreuung des Testosteronmangels, Ernährungsberatung und eine Vermeidung osteoporosefördernden Verhaltens (Nikotinabusus) angezeigt. - Die RAD-Ärztin hielt am 26. Januar 2021 (IV-act. 119) dafür, auf das orthopädische Gutachten könne abgestellt werden, und ergänzte

am 22. Februar 2021 (a.a.O.), aus dem Bericht der Klinik G.\_\_\_\_ vom 15. September 2020 würden keine im Vergleich zum psychiatrischen Gutachten neuen medizinischen Erkenntnisse ersichtlich. Mit einem zweiten Vorbescheid vom 26. Februar 2021 (IV-act. 120) kündigte die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle der damaligen Rechtsvertretung des Versicherten an, am bisherigen Entscheid festhalten zu wollen. Die Geschäfts- und regionale Fachstelle procap wandte in ihrer Stellungnahme vom 9. März 2021 (IV-act. 123) ein, es müsse ergänzend dem langjährigen Suchtleiden des Versicherten Rechnung getragen werden, da dieses eine generelle Leistungseinbusse bewirke. Es werde diesbezüglich eine neue Einschätzung von Dr. C.\_\_\_\_ nachgereicht werden. Aufgrund des krankheitsbedingt eingeschränkten Stellenprofils müsse zudem mit einer unterdurchschnittlichen wirtschaftlichen Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit gerechnet werden, so dass ein Leidensabzug von 15 % zu gewähren sei. Primär sei jedoch gemäss BGE 126 V 75 auf die konkrete tatsächliche beruflich-erwerbliche Situation abzustellen. Der Versicherte habe sich selber in einer niederschweligen, orthopädisch und psychiatrisch ideal adaptierten Tätigkeit im kaufmännischen Bereich auf dem ersten Arbeitsmarkt eingliedern können. Als Invalideneinkommen sei daher das Jahreseinkommen anzurechnen, das sich aus dem tatsächlichen Verdienst bei einem Pensum von 70 % ergebe, nämlich Fr. 31'850.-- (monatlich Fr. 1'750.-- bei 50 %, Fr. 2'450.-- bei 70 %; bei 13 Monatslöhnen). - Dr. C.\_\_\_\_ erklärte am 10. März 2021 (IV-act. 124), trotz grösster Willensanstrengung sei der Versicherte nicht fähig, über den Tag hinweg verteilt eine Leistung von mehr als 50 % zu erbringen. Er erlebe den Versicherten als sehr fragil. Dieser wolle es allen recht machen, so dass er immer wieder an seine Grenzen komme. Die stattgehabten Spezialuntersuchungen würden nicht das Bild widerspiegeln, das der Versicherte im Alltag zeige. - Die RAD-Ärztin hielt am 25. März 2021 (IV-act. 126) fest, eine wesentliche und anhaltende Veränderung des Gesundheitszustands mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit im Vergleich zum psychiatrischen Gutachten vom Juli 2020 und zum orthopädischen Gutachten vom Januar 2021 sei nicht ersichtlich. Mit Verfügung vom 25. März 2021 (IV-act. 127) lehnte die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen einen Rentenanspruch des Versicherten bei einem Invaliditätsgrad von 28 % ab. Gegen diese Verfügung richtet sich die Beschwerde vom 6. Mai 2021 (Poststempel: 7. Mai 2021; act. G 1). Der Beschwerdeführer beantragt sinngemäss die Aufhebung der angefochtenen Verfügung und Zusprache einer halben Rente, ausserdem die unentgeltliche Rechtspflege (unentgeltliche Prozessführung). Auf die Einschätzungen seiner Arbeitsfähigkeit in den beiden Gutachten könne nicht abgestellt werden. Die vertrauensärztliche Einschätzung von Dr. J.\_\_\_\_ treffe eher zu. Sie beziehe sich auch spezifisch auf die Berichte der Klinik G.\_\_\_\_, den Austrittsbericht der Klinik D.\_\_\_\_ und den Bericht von Dr. C.\_\_\_\_ und sie beschreibe, dass er im angestammten Beruf nicht mehr leistungsfähig und in einer adaptierten Tätigkeit noch an vier Stunden pro Tag mit einer Leistungsfähigkeit von maximal 50 % arbeitsfähig sei. Die Ärztin gehe auf sein langjähriges Suchtleiden ein, infolge dessen sein Körper gezeichnet sei und er nicht mehr die frühere Leistung erbringen könne, obwohl er erfolgreich den Ausstieg daraus geschafft habe. Ab April 2018 hätten ihm sein \_\_\_\_ und seine \_\_\_\_ in ihrer Unternehmung eine Anstellung mit einem Pensum von 50 % in der \_\_\_\_ gegeben. Dieses vermöge er knapp zu leisten. Das erfahre er nun bereits seit drei Jahren. Er habe das Pensum bisher nicht steigern können und seine Leistungen seien nicht konstant. Seine derzeitigen Arbeitgeber seien tolerant und sozial. Die langjährige sozialpraktische Arbeitsfähigkeit sei mitzuberücksichtigen. In einem beiliegenden Schreiben habe sein \_\_\_\_ eine Einschätzung seiner Arbeitsleistung abgegeben. - Die Unternehmung hatte am 7. Mai

2021 (act. G 1.2) festgehalten, der Beschwerdeführer arbeite jeweils morgens vier Stunden, was ein Pensum von 50 % ausmache. Aufgrund seines abnehmenden Konzentrationsvermögens und der Leistungseinbusse sei der Aufgabenbereich eingeschränkt und er benötige für die Aufgaben mehr Zeit. Nach zwei Stunden Anwesenheit nehme die Fehlerquote zu, so dass Kontrollen durchgeführt werden müssten. Beim Pensum von 50 % liege die Leistung des Beschwerdeführers im Vergleich zu andern Angestellten oder zum Berichtenden selber insgesamt bei 30 %. Nach der morgendlichen Arbeit gehe der Beschwerdeführer nach Hause und benötige eine lange Erholungspause, bis er seine Alltagsaufgaben erledigen könne. - Nachdem ein zum Ausfüllen zugesandtes Formular betreffend die unentgeltliche Rechtspflege nicht innert Frist eingereicht worden war, ist ankündigungsgemäss (vgl. act. G 2) von einem Rückzug des Gesuchs ausgegangen worden (vgl. act. G 4 und 7, vgl. auch act. G 6). In ihrer Beschwerdeantwort vom 23. Juni 2021 (act. G 5) beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Beim Gutachten von Dr. L. \_\_\_ handle es sich um eine äusserst fundierte Expertise, die auch das langjährige Suchtgeschehen beim Beschwerdeführer und den Bericht von Dr. J. \_\_\_ mit einbeziehe. Letztere habe dagegen offensichtlich invaliditätsfremde Faktoren in ihrer Einschätzung der Arbeitsfähigkeit mitberücksichtigt, habe sie doch angenommen, der Beschwerdeführer verfüge nicht zuletzt auch wegen der fehlenden Ausbildung in der Branche nur über eine Leistungsfähigkeit von 30 %. Einzig aus dem Grund, dass der Experte regelmässig für medizinische Begutachtungen beigezogen werde, könne der Beweiswert seiner Gutachten nicht erheblich herabgesetzt werden, denn das wäre ein Verstoß gegen den Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Auch auf das Gutachten von Dr. O. \_\_\_ könne abgestellt werden. Die Arbeitstätigkeit des Beschwerdeführers werde im Weiteren auch durch motivationale Aspekte geprägt und eine rein subjektive Einschätzung der Arbeitsfähigkeit sei nicht massgebend. Entscheidend sei nicht die Einschätzung der Leistungsfähigkeit durch den Arbeitgeber, sondern die anhand der objektiven Befunderhebung festgelegte medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit. Mit Replik vom 14. September 2021 (act. G 8) legt der Beschwerdeführer dar, in den letzten Monaten sei es ihm psychisch immer schlechter gegangen. Seit dem Frühjahr habe er kaum seine Post öffnen und richtig erledigen können. Versagensängste beeinträchtigten sein Leben rund um die Uhr. Er sei deswegen kaum fähig, Entscheidungen selber zu treffen. Andere um Hilfe zu bitten, bereite ihm grösste Schwierigkeiten. Deshalb sei er zu spät gewesen, um das Gesuchsformular betreffend die unentgeltliche Rechtspflege rechtzeitig auszufüllen und einzureichen. Auch dieses (vorliegende) Schreiben stresse ihn seit einigen Wochen. Er frage sich, ob er es abschicken solle oder nicht, ob es ihm nütze oder schade. Im Moment sei sein Zustand mehr als bedenklich; er glaube nicht mehr an ein gutes Ende. Vier Jahre mit medizinischen und psychologischen Abklärungen reichten scheinbar nicht aus, um ihm seine eingeschränkte Arbeitsfähigkeit zu glauben. Er frage sich, ob er, um glaubwürdiger zu sein, sich etwas antun müsse. Die Gutachten stelle er weiterhin in Frage, denn sie seien von der Invalidenversicherung erkaufte worden. Entsprechend sei die medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeitsschätzung ausgefallen. Dieses Thema werde in den Medien berichtet und dokumentiert. Es sei erwiesen, dass die Gutachten weder neutral noch ohne wirtschaftliche Abhängigkeit erstattet und meist zugunsten der Versicherung ausfallen würden. Sein gegenwärtiger Arbeitsplatz sei ein Nischenarbeitsplatz. Die diesbezügliche Beurteilung seiner effektiven Arbeits- und Leistungsfähigkeit sei ohne wirtschaftliche Abhängigkeit und unvoreingenommen abgegeben worden. Denn wäre diese höher, so würden ihn seine \_\_\_ und sein \_\_\_ zu einem höheren Arbeitspensum einstellen. Die Beschwerdegegnerin hat am

12. Oktober 2021 (act. G 10) auf die Erstattung einer Duplik verzichtet. Erwägungen Im Streit liegt die Verfügung vom 25. März 2021, mit welcher die Beschwerdegegnerin einen (im September 2017 gestellten) Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Rente abgelehnt hat. Er beantragt die Zusprache einer halben Rente. Streitgegenstand bildet demnach zunächst der allfällige Rentenanspruch. - Berufliche Massnahmen hatte die Beschwerdegegnerin am 24. Juni 2019 abgelehnt, da sich der Beschwerdeführer zu einer Steigerung des tatsächlich ausgeübten halbtägigen Pensums nicht in der Lage sehe. Ergäbe sich, dass ohne Eingliederungsmassnahmen ein Rentenanspruch in Frage stünde, so gehörte zum Streitgegenstand notwendigerweise auch die Frage, ob die Beschwerdegegnerin den Grundsatz "Eingliederung vor Rente" beachtet und eine allfällige Pflicht des Beschwerdeführers zu Massnahmen ausreichend in Anspruch genommen habe. 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. Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG, SR 830.1). 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; vgl. schon BGE 102 V 165). - Sämtliche psychischen Erkrankungen - darunter auch Abhängigkeitssyndrome, vgl. BGE 145 V 215 E.6.2 - sind nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung (vgl. BGE 143 V 418 E. 7.1 f.) grundsätzlich (bei Ausnahmen nach dem jeweiligen Beweisbedarf) einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen. Die funktionellen Folgen der Gesundheitsschädigung sind danach qualitativ zu erfassen und quantitativ einzuschätzen. Für die Beurteilung des funktionellen Leistungsvermögens sind in der Regel diverse Standardindikatoren beachtlich, die in zwei Kategorien systematisiert werden, nämlich einerseits in der Kategorie des funktionellen Schweregrads und andererseits in jener der Konsistenz. Zum funktionellen Schweregrad sind die Komplexe "Gesundheitsschädigung" (mit den Aspekten der Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde, des Behandlungs- und Eingliederungserfolgs oder der entsprechenden Resistenz und der Komorbiditäten), "Persönlichkeit" (mit Persönlichkeitsdiagnostik und persönlichen Ressourcen) und "Sozialer Kontext" zu berücksichtigen. In der Kategorie der Konsistenz geht es um Gesichtspunkte des Verhaltens, namentlich um eine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen und um behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdruck (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.1.3). Sind Ausschlusskriterien (vgl. BGE 131 V 49 E. 1.2 a.E., vgl. BGE 141 V 281 E. 2.2; wie Aggravation oder eine ähnliche Konstellation) von Bedeutung, ohne dass deswegen eine rechtserhebliche Gesundheitsschädigung von vornherein auszuschliessen wäre (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.2.2), sind die entsprechenden Umstände zu bewerten (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.1.1). Zum Gesundheitszustand und zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers sind im Rahmen der Abklärungen (nebst dem Einholen von diversen weiteren Arztberichten) insbesondere in zweifacher Hinsicht medizinische Begutachtungen veranlasst worden.

Einerseits erfolgte im April 2020 eine psychiatrische Begutachtung durch Dr. L.\_\_\_\_ (unter Mitwirkung des Neuropsychologen Dr. K.\_\_\_\_). Das Gutachten gelangte zum Schluss, der Beschwerdeführer sei (unter diesem Aspekt) sowohl in seiner bisherigen Tätigkeit als B.\_\_\_\_ wie in der derzeit ausgeübten Tätigkeit als kaufmännischer Angestellter ganztags arbeitsfähig, doch bestünden (seit 25. Oktober 2017) ein erhöhter Pausenbedarf und aufgrund der kognitiven Einschränkungen gewisse qualitative Einschränkungen. Die Arbeitsfähigkeit betrage mindestens 70 % (vgl. IV-act. 89-65 f.). Der Gutachter stütze sich bei seiner Beurteilung auf die Vorakten, hat die Beschwerden und Einschränkungen des Beschwerdeführers sowie die weitere Anamnese erfragt und den Befund (einschliesslich Labor und Hamilton Depressionsskala) erhoben. In seiner Begründung bezog sich der Experte der Psychiatrie auch auf die Standardindikatoren, wie es erforderlich ist. Er hielt fest, es hätten sich keine Hinweise für gravierende Diskrepanzen oder Widersprüche ergeben. Im Rahmen der neuropsychologischen Abklärung sei explizit eine Symptomvalidierung durchgeführt worden, die unauffällig gewesen sei (vgl. IV-act. 89-63).

- Bei der Auseinandersetzung mit den Beurteilungen der behandelnden Ärzteschaft erklärte der Gutachter, diagnostisch gehe er in teilweiser Abweichung von der Annahme einer Persönlichkeitsstörung vom Vorliegen einer bipolar II Störung (vgl. IV-act. 89-63, IV-act. 89-58; die aber selten stark ausgeprägt gewesen sei, vgl. IV-act. 89-64 Ziff. 7.4) und einer einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung aus. Zu Recht hielt er fest, dass zwar im Arztbericht der Psychiatrie F.\_\_\_\_ vom 29. November 2017 eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert worden war (vgl. IV-act. 98-58; so wie teilweise in den vorangegangenen Berichten), im Bericht der Klinik G.\_\_\_\_ vom 9. Dezember 2019 aber lediglich akzentuierte Persönlichkeitszüge (vgl. IV-act. 98-58). In den vorangegangenen Berichten der Letzteren war selbst das bis März 2019 nicht der Fall gewesen. Der Gutachter erläuterte nachvollziehbar, bei einer Persönlichkeitsstörung handle es sich definitionsgemäss um ein gravierend auffälliges Verhalten und Erleben, das andauernd und gleichförmig sein müsse (vgl. IV-act. 98-58). Beim Aspekt der Persönlichkeit und der persönlichen Ressourcen legte er dar, für das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung beim Beschwerdeführer hätten sich insgesamt keine eindeutigen Hinweise finden lassen (vgl. IV-act. 89-62). Er wies darauf hin, dass er wie die behandelnde Ärzteschaft eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit annehme. Doch lasse sich eine solche von 50 % nicht begründen. Der Beschwerdeführer habe angegeben, vor allem seine Behandlerin habe ihm empfohlen, die Arbeitstätigkeit nicht über 50 % hinaus zu steigern, und er habe berichtet, er müsse Überstunden abbauen, so dass eine höhere Leistungsfähigkeit dokumentiert sei (vgl. IV-act. 89-63 f.). Neben den neuropsychologischen Einschränkungen berücksichtigte der Gutachter auch Ressourcen des Beschwerdeführers. Dieser habe trotz der einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung und der seit vielen Jahren bestehenden Polytoxikomanie eine Berufsausbildung abgeschlossen und viele Jahre lang immer zu 100 % gearbeitet, bis er die letzte Stelle vor nicht allzu langer Zeit verloren habe (vgl. IV-act. 89-64 f. Ziff. 7.3.3 und 7.4). Gemäss dem IK-Auszug hat der Beschwerdeführer zwar von Mai 2003 bis 2011 mehrere temporäre Arbeitsstellen gehabt und war teilweise arbeitslos gewesen (vgl. unten E. 5.2), davor und danach aber hatte er mehrjährige Arbeitsverhältnisse, so dass sich die gutachterliche Annahme nicht als relevant korrekturbedürftig erweist. Des Weiteren legte der Gutachter dar, im Lauf der Zeit seien zusätzliche Einschränkungen dazugekommen (vgl. IV-act. 89-64 f. Ziff. 7.4). Die bipolar II Störung sei zwar zurzeit remittiert, berge aber die Gefahr, dass auch in Zukunft wieder depressive (oder hypomanische) Episoden aufträten, wenngleich diese in der Vergangenheit

nie besonders stark ausgeprägt gewesen seien oder über längere Zeit angehalten hätten. Dennoch sei die Belastbarkeit des Beschwerdeführers aus diesem Grund etwas eingeschränkt (vgl. IV-act. 89-65). Seine kognitive Leistungsfähigkeit würde sich möglicherweise durch eine konsequente Abstinenz bezüglich des Beikonsums verbessern lassen (vgl. IV-act. 89-63, -65 und -67). Die ambulante psychotherapeutische Begleitung sollte weitergeführt werden. Die gegenwärtige Behandlung sei der Situation angemessen (vgl. IV-act. 89-63). Einschränkungen des Aktivitätsniveaus bestünden eigentlich nicht (vgl. IV-act. 89-63). Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit betrage höchstens 30 % (vgl. IV-act. 89-65). Das Begutachtungsergebnis erscheint damit insofern vollständig und nachvollziehbar begründet. Am 22. Dezember 2020 wurde der orthopädische Zustand des Beschwerdeführers durch die Neurologie Toggenburg AG begutachtet. Der Gutachter der Orthopädie hielt fest, in der bisherigen Tätigkeit sei der Beschwerdeführer bei ganztägiger Umsetzbarkeit in der Leistungsfähigkeit um 50 % eingeschränkt, weil dort in diesem Umfang die Belastungsfähigkeit übersteigende Arbeiten anzunehmen seien (vgl. IV-act. 118-15), in einer adaptierten Tätigkeit aber nicht eingeschränkt (vgl. IV-act. 118-16). Auch dieses Gutachten basiert auf einer Kenntnis der Vorakten, einschliesslich spezifisch von Röntgenbefunden von BWS und LWS, je in zwei Ebenen, und einer DEXA-Messung LWS (1-4) und Schenkelhälfte, allesamt vom 1. Oktober 2020. Der Experte der Orthopädie nahm die geklagten Beschwerden sowie die Anamnese auf und erhob den Befund. Der Gutachter hielt fest, es sei eine deutlich vermehrte BWS-Kyphose aufgefallen. Am ehesten sei an eine Keilwirbelbildung zu denken. Die Fraktur (BWK 6) sei längst konsolidiert, habe aber die statisch-dynamische Belastbarkeit der Wirbelsäule reduziert. Allein aus der erkannten reduzierten Knochenmasse ergebe sich eine Arbeitsunfähigkeit nicht, da eine suffiziente Behandlung in der arbeitsfreien Zeit möglich sei. Mit Zunahme der Knochenentkalkung sei wegen der steigenden Frakturgefährdung eine Belastungsminderung zu unterstellen. Bei manifestem Eintritt einer Fraktur sei eine Arbeitsunfähigkeit von im Allgemeinen drei bis sechs Monaten zu erwarten. Bei Fehlstellung einer abgeheilten Fraktur könnten zunächst körperlich schwere Arbeiten mit Heben und Tragen von Lasten über 10 kg durchaus nicht mehr zumutbar sein. Infolge der Frakturgefährdung sei die Arbeitsschwere zu limitieren, aber nicht die Arbeitszeit. Eine optimal angepasste Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer seit jeher ohne zeitliche Einschränkung zumutbar (vgl. IV-act. 118-14). Der Beschwerdeführer verfüge über die entsprechenden Ressourcen (vgl. IV-act. 118-15). Auch dieses Gutachten wurde demnach auf der Grundlage einer vollständigen Abklärung erstattet. Der Beschwerdeführer erhebt gegen diese medizinischen Beurteilungen verschiedene Einwände. Dr. C.\_\_\_\_ hielt am 10. März 2021 dafür, die beiden gutachterlichen Ergebnisse würden nicht widerspiegeln, was der Beschwerdeführer im Alltag an Leistungsfähigkeit zeige. - Beide Gutachter erfassten indessen - was bei der Beurteilung der Leistungsfähigkeit wie erwähnt einen relevanten Faktor darstellt - die berichteten Alltagsaktivitäten des Beschwerdeführers. In Bezug auf den somatischen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers ist nach dem oben Dargelegten darauf hinzuweisen, dass die Rückenbeschwerden gutachterlich untersucht wurden und dass deren Einfluss auf die Leistungsfähigkeit für schwere und adaptierte Tätigkeiten nachvollziehbar beschrieben wurde. Schon Dr. N.\_\_\_\_ hatte im Übrigen eine adaptierte Tätigkeit für den Beschwerdeführer als vollschichtig zumutbar betrachtet. Auch das Venenleiden (die venöse Insuffizienz) hat im orthopädischen Gutachten Berücksichtigung gefunden. Diesem Leiden wurde vom Experten kein Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zugemessen und auch diesbezüglich ergibt sich kein Anhaltspunkt für

einen Mangel. Wie Dr. C.\_\_\_\_ am 28. Oktober 2020 berichtet hat, sind die Beinbeschwerden auch gemäss dem Venenspezialisten nicht auf die Zirkulation zurückzuführen. Der Beschwerdeführer beruft sich des Weiteren auf die Einschätzung von Dr. J.\_\_\_\_ vom 8. August 2018. Die Vertrauensärztin der Krankentaggeldversicherung legte die tägliche zumutbare Arbeitszeit auf vier Stunden fest, wobei im günstigsten Fall eine stufenweise Steigerung auf sechs bis acht Stunden möglich sei. Sie schloss auf eine Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers von lediglich 30 %, künftig im günstigsten Fall von 50 %. Dabei führte sie als Grund für diese Einschränkung allerdings mit der fehlenden Ausbildung des Beschwerdeführers in der Branche einen als wesentlich betrachteten Grund an, der nicht die medizinische Leistungsfähigkeit (sondern allenfalls die erwerblichen Auswirkungen) betrifft, so dass die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht stichhaltig erscheint. Die Vertrauensärztin nahm zudem an, der Beschwerdeführer habe die akademische Ausbildung wegen der nicht erkannten einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung verpasst, während sich aus den Akten auch anderweitige Gründe ersehen lassen (vgl. unten E. 5.2). Die Gesichtspunkte sowohl der bipolar II Störung wie des ADS als solche wurden, wie der psychiatrischen Expertise zu entnehmen ist, dort gutachterlich berücksichtigt und beurteilt. Des Weiteren hält der Beschwerdeführer dafür, sein langjähriges Suchtleiden habe eine generelle Leistungseinschränkung zur Folge, die ergänzend berücksichtigt werden müsse. Der Gutachter der Psychiatrie hat jedoch die damit zusammenhängenden Beeinträchtigungen in seine Beurteilung eingeschlossen und er hat dem Abhängigkeitssyndrom und der ADS wie erwähnt auch eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zugemessen, allerdings mit entsprechender nachvollziehbarer Begründung keine so weitreichende Einschränkung, wie es die behandelnden Ärzte tun. Anlass zur Beanstandung besteht deswegen nicht. Zusammenfassend ist kein Sachverhaltsaspekt ersichtlich, der bei den beiden Begutachtungen zu Unrecht ausser Acht gelassen worden wäre. Dass eine Begutachtung (namentlich die psychiatrische) unter Missachtung der erforderlichen Unvoreingenommenheit des Sachverständigen erfolgt sein sollte, darauf gibt es keinen Hinweis. Der Einwand der Parteilichkeit wird denn auch allein allgemein mit einer wirtschaftlichen Abhängigkeit (samt Medienberichten) begründet, was für die Annahme eines entsprechenden Anscheins nicht genügt (vgl. zur wirtschaftlichen Abhängigkeit Bundesgerichtsurteil vom 2. Juni 2021, 9C\_202/2021 E. 3.3). Der Hinweis des Beschwerdeführers, dass er seine Leistungsfähigkeit bei der seit längerem ausgeübten tatsächlichen Erwerbstätigkeit nicht habe steigern können und sie gemäss seiner Arbeitgeberin seit April 2018 gar nur 30 % ausmache, vermag bei diesen Gegebenheiten keinen relevanten Zweifel an den gutachterlichen Schlussfolgerungen zu wecken. Denn massgebend ist nicht das Ausmass der Leistung, die in einem Betrieb erbracht wird (u.a. allenfalls auch begrenzt durch den vorgegebenen Anfall an geeigneter Arbeit), sondern was dem Beschwerdeführer an Arbeitsleistung medizinisch-theoretisch betrachtet zugemutet werden kann. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass auf die beiden medizinischen Gutachten abgestellt werden kann. Demnach sind dem Beschwerdeführer körperlich schwere Arbeiten nicht mehr zumutbar; die bisherige Tätigkeit ist ihm unter der Annahme, dass dort 50 % adaptierte Arbeit anfällt, zu 50 % zumutbar. Eine adaptierte Arbeit aber ist ihm (bei diesbezüglich einzig psychiatrischen Gründen für die Beeinträchtigung) zu mindestens 70 % medizinisch zumutbar. Was die erwerblichen Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung betrifft, wird nach Art. 16 ATSG (vgl. Art. 28a Abs. 1 Satz 1 IVG) für die Bestimmung des Invaliditätsgrads 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). Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns überwiegend wahrscheinlich als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es der Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre (vgl. Bundesgerichtsurteile vom 6. Oktober 2020, 9C\_316/2020 E. 3.1, und vom 22. August 2019, 9C\_868/2018 E. 3.1, BGE 139 V 28 E. 3.3.2, BGE 129 V 222). - Der Beschwerdeführer hat ein \_\_\_studium abgebrochen. Dass dafür im Wesentlichen invalidenversicherungsrechtlich relevante Gründe verantwortlich waren, lässt sich aufgrund seiner diesbezüglichen Schilderungen nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit annehmen. In der Folge hat er eine Lehre gemacht (wie er es von sich aus schon zuvor erwogen hatte) und hat sie auch abgeschlossen (vgl. IV-act. 89-43). Gemäss dem IK-Auszug hat er danach von Januar 1999 bis Mai 2003 in einem Arbeitsverhältnis gestanden und dort im letzten vollen Jahr ein Einkommen von Fr. 64'214.-- verdient (vgl. IV-act. 9-3). Anschliessend war er während der gut sieben Jahre bis 2011 teilweise arbeitslos gewesen und hatte diverse temporäre Arbeitsstellen innegehabt, bevor er das letzte vollzeitliche Arbeitsverhältnis aufgenommen hat. Dort betrug der Jahreslohn ab 2017 gemäss der Arbeitgeberbescheinigung vom \_\_. September 2017 Fr. 65'\_\_.--. Dieses Einkommen liegt unter dem statistischen Durchschnitt der Einkommen für einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art, also des Kompetenzniveaus 1, von Männern gemäss der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung LSE des Bundesamtes für Statistik (vgl. Anhang 2 der Textausgabe Invalidenversicherung, Allgemeiner Teil des Sozialversicherungsrechts, Gesetze und Verordnungen, 2022, herausgegeben von der Informationsstelle AHV/IV, S. 278) von damals Fr. 67'102.--. Das Arbeitsverhältnis als B.\_\_\_ wurde dem Beschwerdeführer von der damaligen Arbeitgeberin gekündigt. Es rechtfertigt sich, ihm als Einkommen ohne gesundheitliche Beeinträchtigung (Valideneinkommen) einen Verdienst anzurechnen, wie er dem genannten statistischen Durchschnittswert entspricht, zumal dieser Betrag auch als Ausgangspunkt zur Bemessung seines Invalideneinkommens massgebend ist (vgl. unten E. 5.3 f.). Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Übt sie nach Eintritt der Invalidität eine Erwerbstätigkeit aus, bei der - kumulativ - besonders stabile Arbeitsverhältnisse gegeben sind und anzunehmen ist, dass sie die ihr verbleibende Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise voll ausschöpft, und erscheint zudem das Einkommen aus der Arbeitsleistung als angemessen und nicht als Soziallohn, gilt grundsätzlich der tatsächlich erzielte Verdienst als Invalidenlohn. Ist aber kein solches effektives Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung statistische Werte beigezogen werden (vgl. Bundesgerichtsurteil vom 7. April 2016, 9C\_783/2015; BGE 139 V 592 E. 2.3; BGE 129 V 472 E. 4.2.1). - In der Zeit, nach welcher der Beschwerdeführer im Jahr 2016 (nach 2009 erstmals wieder) einen Klinikaufenthalt gehabt hatte und nach welcher gemäss Dr. C.\_\_\_ ab 29. Mai 2017 bzw. gemäss Dr. L.\_\_\_ ab 25. Oktober 2017 eine Arbeitsunfähigkeit eingetreten war, hat der Beschwerdeführer ab Klinikaustritt im April 2018 wieder eine Anstellung bei einer

Arbeitgeberin aus dem \_\_\_\_ Umfeld annehmen können. Zunächst war dafür kein Lohn oder allenfalls eine Entschädigung vorgesehen gewesen (vgl. IV-act. 21-5), im Mai 2019 war von einem Einkommen für das Pensum von 50 % (vier Stunden täglich) von monatlich Fr. 1'\_\_\_\_.-- berichtet worden (vgl. IV-act. 47-4 f.). Damals war eine bestmögliche Verwertung der Arbeitsfähigkeit angenommen worden (vgl. IV-act. 45 und 47-4). Der Beschwerdeführer berichtete anlässlich der Begutachtung vom 27. April 2020, das genannte Entgelt habe er zu einer Zeit bekommen, als er (auch) noch Taggeld gehabt habe; es sei damals zu viel gewesen, weil er am Anfang noch nichts gekonnt habe. Aber nun sei es allmählich etwas zu wenig, denn er könne inzwischen vieles (vgl. IV-act. 89-47). Noch nach Angaben vom März 2021 ist es bei dem betreffenden Einkommen (vgl. IV-act. 123-2) geblieben, nach Angaben vom Mai 2021 auch bei dem Pensum von 50 % (vgl. IV-act. 130). Auch wenn anerkennenswert ist, dass der Beschwerdeführer nach dem Verlust seiner angestammten Berufstätigkeit wieder eine Arbeit (in einem anderen Bereich) aufgenommen hat, auch wenn des Weiteren angenommen werden kann, dass es sich um ein stabiles Arbeitsverhältnis handelt, und auch wenn schliesslich (im Hinblick auf das andernfalls drohende Risiko einer faktischen Arbeitslosigkeit) verständlich erscheint, dass dieses faktisch beibehalten wird, so kann doch das dabei erzielte tatsächliche Einkommen nicht als Basis für die Festlegung des zumutbaren Invalideneinkommens des Beschwerdeführers nach IVG dienen. Denn es ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer seine medizinisch zumutbare Arbeitsfähigkeit mit dem tatsächlichen Arbeitsverhältnis und dessen Entlohnung nicht ausschöpft. Massgebend ist nämlich wie erwähnt nicht das tatsächlich erbrachte Leistungsniveau, sondern das medizinisch zumutbare. Es genügt diesbezüglich aber auch nicht, das Einkommen aus der halbtägigen Beschäftigung auf das medizinisch zumutbare Mass eines Pensums von 70 % aufzurechnen. Vielmehr ist das Invalideneinkommen des Beschwerdeführers grundsätzlich anhand der Tabellenlöhne festzusetzen. Diese Anrechnung setzt allerdings im Weiteren voraus, dass seine Arbeitsfähigkeit verwertbar ist. Bei der Invaliditätsbemessung wird, wie in Art. 16 ATSG angeordnet, eine ausgeglichene Arbeitsmarktlage angenommen. Es kommt demnach nicht darauf an, ob eine invalide Person unter den konkreten Arbeitsmarktverhältnissen tatsächlich an eine Stelle vermittelt werden kann, sondern einzig darauf, ob und in welchem Rahmen sie die ihr verbliebene Arbeitskraft noch wirtschaftlich nutzen könnte, wenn die verfügbaren Arbeitsplätze dem Angebot an Arbeitskräften entsprächen (vgl. Bundesgerichtsurteil vom 4. Mai 2018, 9C\_294/2017 E. 5.4.2., AHI 1998 S. 287 E. 3b). Der massgebliche theoretische und abstrakte ausgeglichene Markt (vgl. BGE 134 V 64, BGE 129 V 480 E. 4.2.2) hat rein hypothetischen Charakter und dient ausserdem dazu, die Risiken von Arbeitslosigkeit und Invalidität voneinander abzugrenzen (vgl. BGE 141 V 351 E. 5.2, Bundesgerichtsurteil vom 23. September 2014, 9C\_192/2014 E. 3.1; BGE 110 V 276 E. 4b). Was die verlangten beruflichen und intellektuellen Voraussetzungen wie auch den körperlichen Einsatz angeht, weist er einen Fächer verschiedenster Tätigkeiten auf (vgl. Bundesgerichtsurteile vom 5. November 2018, 9C\_304/2018 E. 5.1.1, und vom 10. April 2019, 8C\_811/2018 E. 4.4.1). Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts umfasst er selbst sogenannte Nischenarbeitsplätze, also Stellen- und Arbeitsangebote, bei welchen gesundheitlich Beeinträchtigte mit einem sozialen Entgegenkommen von Seiten des Arbeitgebers rechnen können (vgl. Bundesgerichtsurteile vom 18. Dezember 2019, 9C\_693/2019 E. 5.1.3, und vom 28. November 2014, 9C\_485/2014). Realitätsfremde Einsatzmöglichkeiten dürfen bei der Invaliditätsbemessung aber nicht berücksichtigt werden (vgl. Bundesgerichtsurteile vom 6. Mai 2020, 8C\_30/2020 E. 5.3, und vom

25. September 2018, 8C\_290/2018 E. 5.4, ZAK 1991 S. 318 E. 3b). - Der Gutachter der Psychiatrie umschrieb die Kriterien eines für den Beschwerdeführer adaptierten Arbeitsplatzes so, dass allgemein die Reaktionsanforderungen leicht unterdurchschnittlich bis durchschnittlich sein sollten, die Anforderungen im Bereich Multitasking gar deutlich unterdurchschnittlich. Arbeitsaufträge sollten bei Bedarf wiederholt oder schriftlich gegeben werden und nur eine begrenzte Anzahl Informationseinheiten beinhalten. Ausserdem bestehe ein etwas erhöhter Pausenbedarf (vgl. IV-act. 89-66; nach der Aktenlage verfügt der Beschwerdeführer zudem nicht über einen Führerausweis). Orthopädisch betrachtet kommt dazu, dass die Tätigkeit des Beschwerdeführers kein häufiges Heben und Tragen von Lasten über 10 kg, keine ständig vorgeneigte, gebückte Haltung und keine dauernden Zwangshaltungen der Wirbelsäule erfordern soll. Die psychiatrisch bedingte Einschränkung der Belastbarkeit des Beschwerdeführers ist mit der quantitativ (um 30 %) reduzierten medizinisch zumutbaren Arbeitsfähigkeit berücksichtigt worden. Es ist davon auszugehen, dass die gutachterlich umschriebene medizinische Leistungsfähigkeit, wenn ihre Umsetzung somit auch verschiedene qualitativen Anforderungen an einen angepassten Arbeitsplatz stellt, ausreicht, um eine Arbeitsleistung zu erbringen, die auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt verwertbar ist. Damit zeigt sich, dass für das Valideneinkommen und als Ausgangswert für die Bestimmung des Invalideneinkommens gleichermaßen die Tabellenlöhne zu verwenden sind. Der Invaliditätsgrad entspricht unter solchen Verhältnissen dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung eines allfälligen Abzugs (zur Ermittlung des Invalideneinkommens) gemäss BGE 126 V 75 (vgl. Bundesgerichtsurteile vom 26. September 2019, 8C\_536/2019 E. 5.2.1, vom 9. Mai 2016, 8C\_934/2015 E. 2.1, und vom 20. April 2010, 9C\_215/2010 E. 5.2). Bestehen im Einzelfall Anhaltspunkte dafür, dass die versicherte Person ihre gesundheitlich zumutbare verbleibende (Rest-) Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann, ist ein Abzug von den Tabellenlöhnen zu machen. Bei der Bestimmung der Höhe des Abzuges ist der Einfluss aller in Betracht fallenden Merkmale auf das Invalideneinkommen unter Würdigung der Umstände im Einzelfall gesamthaft zu schätzen und insgesamt auf höchstens 25 % des Tabellenlohnes zu begrenzen (vgl. BGE 134 V 322 E. 5.2 und BGE 126 V 75). - Ein Abzug wegen nicht mehr zumutbarer körperlich schwerer Arbeit fällt, da der genannte Tabellenlohn (des Kompetenzniveaus 1) bereits eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten umfasst, nicht in Betracht (vgl. Bundesgerichtsurteil vom 24. Mai 2018, 8C\_884/2017 E. 4.2). Der Beschwerdeführer ist vollzeitlich arbeitsfähig, weshalb sich auch diesbezüglich kein Abzugsgrund ergibt. Denn der Umstand, dass eine grundsätzlich vollzeitlich arbeitsfähige versicherte Person krankheitsbedingt lediglich reduziert leistungsfähig ist, rechtfertigt in der Regel keinen Abzug, der über die Berücksichtigung der eingeschränkten Leistungsfähigkeit und damit des Rendements hinausgeht (vgl. Bundesgerichtsurteile vom 16. Mai 2019, 8C\_705/2018 E. 3.2 und 4.3, vom 13. Februar 2017, 9C\_762/2016 E. 5, und vom 12. Februar 2020, 8C\_190/2019 E. 4.2). Ob das Zusammenfallen von orthopädisch und von psychiatrisch bedingten Leistungseinschränkungen (mit namentlich dem Erfordernis wiederholter oder schriftlicher Arbeitsaufträge und begrenzter Anzahl Informationseinheiten) in einer adaptierten Tätigkeit einen Abzug von 10 % zu rechtfertigen vermag, kann dahingestellt bleiben. Denn ein mehr als 10 % ausmachender Abzug erscheint bei den vorliegenden Gegebenheiten nicht ausgewiesen. Selbst mit dem genannten Abzug ergäbe sich aber ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 37 % ( $1 - [0.7 \times 0.9]$ ), ohne Abzug ein solcher von 30 %. Die

angefochtene Verfügung erweist sich demnach als rechtmässig. Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde abzuweisen. 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.-- zu veranschlagen. Mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe ist die geschuldete Gerichtsgebühr getilgt. Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP Die Beschwerde wird abgewiesen. Der Beschwerdeführer hat die Gerichtskosten von Fr. 600.-- zu bezahlen, unter Anrechnung des bezahlten Kostenvorschusses in gleicher Höhe.

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