

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2022/129 vom 23. März 2023**

Sg Versicherungsgericht, 2023-03-23, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_IV\\_2022\\_129](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2022_129)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2022/129 du 23 mars 2023

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2022/129 del 23 marzo 2023

## **Regeste**

Art. 7 ATSG; Art. 8 ATSG; Art. 28 IVG Gemäss beweiskräftigem Verlaufsgutachten, welches insbesondere auch vorhandene Inkonsistenzen berücksichtigt, ist der Beschwerdeführer in einer adaptierten Tätigkeiten zu 100 % arbeitsfähig. Beide Vergleichseinkommen sind nach dem Tabellenlohn festzulegen (Prozentvergleich). Damit hat der Beschwerdeführer nach wie vor keinen Rentenanspruch (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 23. März 2023, IV 2022/129). Das Bundesgericht ist auf die Beschwerde nicht eingetreten 8C\_261/2023.

## **Volltext**

Entscheid vom 23. März 2023 Besetzung Versicherungsrichterinnen Corinne Schambeck (Vorsitz), Karin Huber-Studerus und Michaela Machleidt Lehmann; Gerichtsschreiberin Beatrix Zahner Geschäftsnr. IV 2022/129 Parteien A.\_\_\_\_, Beschwerdeführer, vertreten durch Amtsvormundschaft B.\_\_\_\_, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rente Sachverhalt A.\_\_\_\_ (nachfolgend: Versicherter) arbeitete vom 1. Oktober 2014 bis 31. Januar 2016 als Maschinenführer bei der C.\_\_\_\_ AG (Angaben der Arbeitgeberin vom 23. Februar 2016, IV-act. 11). Wegen depressiver Symptome und Cannabiskonsums war er vom 21. Mai bis 2. Juni 2015 (Austrittsbericht vom 2. Juni 2015, IV-act. 31-11 ff.) und vom 3. bis 25. September 2015 (Austrittsbericht vom 1. Oktober 2015, IV-act. 31-7 ff.) in stationärer Behandlung in der psychiatrischen Klinik D.\_\_\_\_. Ab dem 26. Oktober 2015 folgte eine erste Therapie in der Tagesklinik im Psychiatriezentrum E.\_\_\_\_ (Austrittsbericht vom 7. März 2016, IV-act. 132-16 f., Arztbericht vom 9. Juni 2016, IV-act. 29). Am 4. Februar 2016 (Posteingang 8. Februar 2016) meldete sich der Versicherte bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an, da er seit Mai 2015 an einer mittelgradigen depressiven Episode leide (IV-act. 1). Danach fanden weitere stationäre Behandlungen in den Kliniken D.\_\_\_\_ und F.\_\_\_\_ statt (vom 25. Mai bis 29. Juni 2016, Austrittsbericht Klinik D.\_\_\_\_ vom 1. Juli 2016, IV-act. 31-3 ff.; vom 25. Oktober bis 30. November 2016, Austrittsbericht Klinik D.\_\_\_\_ vom 27. Januar 2017, IV-act. 38-4 ff.; vom 1. bis 10. März 2017, Austrittsbericht Klinik F.\_\_\_\_ vom 9. Mai 2017, IV-act. 43; vom 16. bis 28. März 2017, Austrittsbericht Klinik D.\_\_\_\_ vom 5. April 2017, IV-act. 49, und vom 6. September bis 15. Dezember 2017, Austrittsbericht Klinik D.\_\_\_\_ vom 21. Dezember 2017, IV-act. 73) sowie eine tagesklinische Behandlung (5. Februar bis 29. März 2018, Austrittsbericht vom 10. April 2018, IV-act. 132-39 f.). Der RAD führte in seiner Stellungnahme vom 26. Januar 2018 aus, bisher stünden die Diagnosen einer einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ICD-10: F90.0), einer schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.2), eines Ereignisses in der Kindheit, die den Verlust

des Selbstwertgefühls zur Folge haben (Migration; ICD-10 Z 61.3), akzentuierter Persönlichkeitszüge mit passiv-aggressiven Anteilen, des Gebrauchs von Cannabis (ICD-10: Z72.2), psychischer Verhaltensstörung durch Cannabinoide, Abhängigkeitssyndrom ICD-10: F12.2), einer undifferenzierten Schizophrenie, einer rezidivierenden depressiven Störung unterschiedlicher Ausprägung, eines Verdachts auf Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen und histrionischen Zügen (ICD-10: F61) sowie einer Anpassungsstörung (ICD-10: F43.2) im Raum. Zur Beantwortung versicherungsmedizinisch relevanter Fragen erachtete er eine monodisziplinäre psychiatrische Begutachtung für notwendig (IV-act. 78). Die IV-Stelle liess den Versicherten durch Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Neurologie H.\_\_\_\_, monodisziplinär begutachten. Der Experte gelangte im Gutachten vom 7. Mai 2018 zum Schluss, es bestehe kein ausreichender Anhalt für eine psychische Erkrankung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Als Beeinträchtigungen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte bzw. erhob er eine psychische und Verhaltensstörung durch Cannabinoide (Abhängigkeitssyndrom) (ICD-10: F12.2), einen Verdacht auf schädlichen Gebrauch von Alkohol (ICD-10: F10.1), eine Dysthymia (ICD-10: F34.1) sowie eine akzentuierte Persönlichkeit mit narzisstischen und dissozialen Anteilen (ICD-10: Z73.1). Entsprechend sei der Versicherte zu 100 % arbeitsfähig. Zudem machte der Gutachter auf verschiedenste Inkonsistenzen aufmerksam (vgl. dazu IV-act. 85-35 f.) Gestützt darauf wies die IV-Stelle das Gesuch um berufliche Massnahmen (Mitteilung vom 24. Mai 2018, IV-act. 89) und nach durchgeführtem Vorbescheidsverfahren (IV-act. 94) mit Verfügung vom 10. September 2018 (IV-act. 99) das Rentengesuch ab, da keine IV-relevante Beeinträchtigung bestehe. Der Versicherte war erneut in der Klinik D.\_\_\_\_ hospitalisiert vom 9. November bis 3. Dezember 2018 (Austrittsbericht vom 27. Dezember 2018, IV-act. 128), vom 22. bis 31. Januar 2020 (Austrittsbericht vom 9. März 2020, IV-act. 125), vom 5. Oktober bis 16. November 2020 (Austrittsbericht vom 25. November 2020, IV-act. 112-3 ff.) und vom 14. Dezember 2020 bis 13. März 2021 (Austrittsbericht vom 30. März 2021, IV-act. 129). Die Therapierenden führten in einem Zwischenbericht vom 16. Februar 2021 aus, der Versicherte sei aufgrund einer Zustandsverschlechterung im Rahmen einer vorbekannten depressiven Störung, einer kombinierten Persönlichkeitsstörung sowie eines ADHS vom 5. Oktober bis 16. November 2020 auf der offenen Akutstation behandelt worden und befinde sich seit 14. Dezember 2020 auf der Psychotherapiestation. Im Unterschied zu früheren Behandlungen, welche aufgrund zwischenmenschlicher Probleme mehrfach zu einem vorzeitigen Behandlungsabbruch geführt hätten und nur unbefriedigend hätten abgeschlossen werden können, zeige der Versicherte bei der aktuellen Behandlung eine grössere Frustrationstoleranz, mehr Durchhaltevermögen und eine höhere Bereitschaft, sich auf die Therapie einzulassen. Zudem habe er eine durchgehende Abstinenz von Cannabis beibehalten (IV-act. 112-1). Am 23. Februar 2021 meldete sich der Versicherte erneut bei der IV zum Leistungsbezug an (IV-act. 111). Ab dem 16. März 2021 war der Versicherte im Ambulatorium und in der Tagesklinik E.\_\_\_\_ in Behandlung (Arzt- und Verlaufsberichte vom 17. Mai 2021, IV-act. 132, und vom 16. August 2021, IV-act. 133) sowie vom 21. Juni bis 13. August 2021 in tagesklinischer Betreuung (Austrittsbericht vom 23. August 2021, IV-act. 141; Verlaufsbericht vom 26. November 2021, IV-act. 143). Mit Mitteilung vom 30. August 2021 eröffnete die IV-Stelle dem Versicherten den Abschluss beruflicher Massnahmen, da solche aufgrund seines Gesundheitszustandes zurzeit nicht möglich seien (IV-act. 136). Der dem Versicherten seit dem 1. Januar 2021 zur Seite gestellte Beistand

(vgl. Ernennungsurkunde vom 7. Dezember 2020, IV-act. 169) beantragte zunächst am 20. September 2021 den Erlass einer beschwerdefähigen Verfügung (IV-act. 137), willigte dann aber am 11. Oktober 2021 in die Fortführung der Rentenprüfung ein (IV-act. 138). Im Verlaufsbericht vom 26. November 2021 hielt die behandelnde Ärztin der Tagesklinik E.\_\_\_\_ fest, der Versicherte lebe in sozialer Isolation. Er sei nicht in der Lage, seinen Haushalt zu führen. Einzige Ressource seien seine Kinder, die er gelegentlich kontaktiere. Der Versicherte sei nicht arbeitsfähig (IV-act. 143). Der RAD-Arzt I.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, empfahl am 8. Dezember 2021 eine Verlaufsbeurteilung in den Fachdisziplinen Psychiatrie und Neuropsychologie (IV-act. 145), womit Dr. G.\_\_\_\_ und lic. phil. J.\_\_\_\_, Fachpsychologin für Neuropsychologie, beauftragt wurden. Die Gutachter befanden, die neuropsychologischen Leistungsvalidierungsverfahren hätten (deutlich) auffällige Resultate ergeben, weshalb die beschriebenen kognitiven Funktionsstörungen nicht als authentisch gewertet werden könnten. Die neuropsychologischen Testergebnisse stimmten keineswegs mit dem klinischen Eindruck überein. Vor diesem Hintergrund sei auch eine Aggravation bezogen auf den psychischen Beeinträchtigungsgrad wahrscheinlich. Unter Berücksichtigung der weiterhin zahlreichen Diskrepanzen und der nicht gegebenen Befundvalidität könne mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine signifikante Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes festgestellt bzw. eine tatsächliche Beeinträchtigung relevanten Ausmasses nicht ausreichend objektiviert werden (vgl. IV-act. 157-27, 33 f., 38). Aktuell ergebe sich kein ausreichender Anhalt für eine psychische Erkrankung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Gutachten vom 23. März 2022, IV-act. 157-35 f.). Der RAD-Arzt I.\_\_\_\_ nahm am 30. März 2022 Stellung, aus dem Gutachten gehe eindeutig hervor, dass beim Versicherten ein abnormes Krankheitsverhalten mit Selbstlimitierung und Aggravation dominiere, jedoch keine für die Arbeitsfähigkeit relevante psychiatrische Diagnose oder funktionelle Einschränkungen vorlägen. Aus versicherungsmedizinischer Sicht könne daher vollumfänglich darauf abgestellt werden (IV-act. 159-3 f.). Mit Vorbescheid vom 1. April 2022 gewährte die IV-Stelle dem Versicherten das rechtliche Gehör zur vorgesehenen Abweisung des Leistungsbegehrens, da gestützt auf die gutachterliche und versicherungsmedizinische Beurteilung von einer Arbeitsfähigkeit von 100% auszugehen sei und ein Invaliditätsgrad von 0 % bestehe (IV-act. 162). Dagegen liess der Versicherte, vertreten durch Z.\_\_\_\_, am 23. Mai 2022 Einwand erheben und um Nachfrist zur Begründung und Nachreichung medizinischer Unterlagen ersuchen (IV-act. 167). Unter Mitwirkung seines Beistands reichte er am 23. Juni 2022 einen begründeten Einwand ein (IV-act. 171). Am 1. Juli 2022 verfügte die IV-Stelle gemäss Vorbescheid. Sie nahm zu den Einwänden Stellung und führte aus, es sei üblich, dass ein Verlaufsgutachten durch die gleiche Gutachterstelle wie das Vorgutachten durchgeführt werde. Fristgerechte triftige Einwendungen gegen die Art der Beurteilung, die vorgesehene Fachdisziplin sowie die beurteilende Person seien nicht vorgebracht worden. Mit dem Einwand seien keine neuen medizinischen Unterlagen ins Recht gelegt worden (IV-act. 173). Gegen die Verfügung vom 1. Juli 2022 erhebt der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer), unter Hinweis auf die Beistandschaft bzw. den ihn vertretenden Beistand, am 24. August 2022 (Postaufgabe) Beschwerde (act. G 1). Sinngemäss beantragt der Beschwerdeführer die Aufhebung der angefochtenen Verfügung und die Neubeurteilung seiner Ansprüche. Weiter ersucht er um unentgeltliche Prozessführung und eine Frist zur ausführlichen Beschwerdebeurteilung. Er macht geltend, berufliche Massnahmen seien mit Mitteilung vom 30. August 2021 abgeschlossen worden. Seither

habe sich sein Gesundheitszustand nicht verändert (gemeint wohl: verbessert), weshalb er die gutachterlich attestierte Arbeitsfähigkeit von 100 % bestreite. Gemäss den ihn behandelnden Fachpersonen sei er gar nicht arbeitsfähig. Die Gutachter hätten nicht berücksichtigt, dass die gesundheitlichen Faktoren und der erneut notwendige Klinikaufenthalt eine Erwerbsunfähigkeit begründeten (act. G 1). (act. G 1). Innert Nachfrist lässt der Beschwerdeführer Berichte vom 11. August 2022 (act. G 4.1) und vom 12. September 2022 (act. G 4.2) betreffend eine erneute Hospitalisation in der Klinik D.\_\_\_\_ einreichen (act. G 4). Mit Beschwerdeantwort vom 12. Oktober 2022 beantragt die IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) die Abweisung der Beschwerde. Zur Begründung bringt sie vor, das Gutachten von Dr. G.\_\_\_\_ sei beweiskräftig. Der Gutachter zeige auf, dass auf den in der Beschwerde erwähnten Bericht der Tagesklinik E.\_\_\_\_ vom 26. November 2021 nicht abgestellt werden könne. Ebenfalls könne dem Gutachten entnommen werden, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der letzten Begutachtung, welche zur rechtskräftigen Abweisung des Rentenbegehrens geführt habe, nicht wesentlich verändert habe. Die RAD-Stellungnahme vom 30. August 2021 (betreffend Eingliederung) habe nicht abschliessend eine Arbeitsunfähigkeit bzw. Änderung des Gesundheitszustandes bestätigt, sondern beziehe sich auf die damalige Einschätzung des Psychiatrie-Zentrums E.\_\_\_\_. Somit könne der Beschwerdeführer aus dem Abschluss der beruflichen Massnahmen nichts zu seinen Gunsten ableiten (act. G 6). Die Präsidentin bewilligt dem Beschwerdeführer am 18. Oktober 2022 die unentgeltliche Rechtspflege (Befreiung von den Gerichtskosten; act. G 7). Der Beschwerdeführer verzichtet stillschweigend auf eine Replik (act. G 9). Auf die weiteren Begründungen in den einzelnen Rechtsschriften sowie den Inhalt der übrigen Akten wird, soweit erforderlich, in den nachstehenden Erwägungen eingegangen. Erwägungen Die Beschwerdegegnerin ist zu Recht auf die Neuanschuldung zum Bezug von IV-Leistungen eingetreten, da mit den eingereichten Behandlerberichten eine relevante Sachverhaltsänderung im Sinne von Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) glaubhaft gemacht wurde. In zeitlicher Hinsicht wurde der Sachverhalt bis zur in Rechtskraft erwachsenen Verfügung vom 10. September 2018 beurteilt. Massgeblich ist daher ausschliesslich die seitherige Entwicklung des Sachverhalts bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 29. November 2021 (BGE 144 V 213 E. 4.3.1). Am 1. Januar 2022 sind mit der Revision zur Weiterentwicklung der Invalidenversicherung verschiedene Änderungen des IVG und der IVV in Kraft getreten. Die vorliegend angefochtene Verfügung datiert zwar vom 21. Januar 2022. In zeitlicher Hinsicht sind jedoch grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestands Geltung haben (BGE 144 V 213 E. 4.3.1). Da die angefochtene Verfügung einen noch unter Geltung des alten Rechts entstandenen Rentenanspruch zum Gegenstand hat, sind die Bestimmungen in der bis 31. Dezember 2021 gültigen Fassung anwendbar (vgl. auch Kreisschreiben über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR], Rz 9101), und werden nachfolgend in dieser Fassung zitiert. Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 Prozent arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf des Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (lit. c). Der Rentenanspruch entsteht frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs

(Art. 29 Abs. 1 Satz 1 IVG). Art. 8 Abs. 1 ATSG umschreibt Invalidität als voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist der durch die gesundheitliche Beeinträchtigung verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende 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 nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Nach Art. 28 Abs. 2 IVG besteht Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70 %, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 %, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 %, und auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40 % invalid ist. 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). 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 132 V 93 E. 4 mit Hinweisen). Die urteilenden Instanzen haben die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. 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 der Fachperson begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen). Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen (vgl. BGE 126 V 353 E. 5b; BGE 125 V 193 E. 2, je mit Hinweisen). Umstritten und vorliegend zu prüfen ist die Beweistauglichkeit des Verlaufsgutachtens von Dr. G. \_\_\_ vom 23. März 2022 (IV-act. 157). Der Beschwerdeführer zeigt sich mit der Beurteilung des Gutachters nicht einverstanden und verweist dazu auf die Berichte der Behandler. Dazu legt er zudem neue Berichte der Klinik D. \_\_\_ vom 11. August 2022 (Aufnahmestatus, act. G 4.1) und vom 12. September 2022 (act. G 4.2) bei. Rechtsprechungsgemäss ist auf ein im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholtes Gutachten abzustellen, wenn nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 227 E. 1.3.4, BGE 135 V 469 E. 4.4; Urteile des Bundesgerichts vom 15. Juli 2020, 8C\_335/2020, E. 4.1, und vom 13. Februar 2019, 8C\_801/2018, E. 4.3). Gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung entspricht es sodann einer Erfahrungstatsache, dass behandelnde Arztpersonen mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen, weshalb ihre Angaben zurückhaltend zu werten sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 22. Februar 2021, 9C\_683/2020, E. 5.1.2, mit Hinweisen). Zudem ist

auch dem Umstand, dass die ärztliche Beurteilung von der Natur der Sache her unausweichlich Ermessenszüge trägt, Rechnung zu tragen (BGE 145 V 361 E. 4.1.2; Urteil des Bundesgerichts vom 23. Januar 2019, 9C\_804/2018, E. 2.2 mit Hinweisen). Der psychiatrische Gutachter hatte Kenntnis von den relevanten Akten (IV-act. 157-6 ff.), insbesondere von den Berichten der Behandelnden, und erhob die Anamnese des Beschwerdeführers umfassend (IV-act. 157-18 ff.). Zum regelrecht und nach AMDP erhobenen Befund hielt er fest, der Beschwerdeführer sei pünktlich und angemessen gekleidet erschienen (IV 157-23). Konzentration und Aufmerksamkeit seien nicht eingeschränkt, das Denken sei geordnet, auf das Wesentliche beschränkt und die Denkgeschwindigkeit sei angemessen (IV157-23, 27). Affektiv sei der Beschwerdeführer depressiv herabgestimmt, kaum moduliert und auslenkbar. Schuldgefühle klängen an, Insuffizienzerleben werde berichtet (157-24, 29). Der gerichtete motorische Handlungsantrieb, Mimik und Gestik seien vermindert (IV-act. 157-24, 29). Der Beschwerdeführer berichte von lebensmüden Gedanken (IV-act. 157-24). Der neuropsychologische Gutachter berichtete, die Aufmerksamkeit sei schwankend und tendenziell abnehmend, das Arbeitstempo verlangsamt, das strategische Vorgehen und die Selbständigkeit reduziert. Der Beschwerdeführer wirke reduziert belastbar und psychisch belastet. Die Grundstimmung, die affektive Schwingungsbereitschaft und der Antrieb seien reduziert (IV-act. 157-63, 66). Die neuropsychologischen Testergebnisse deuteten auf mittelgradige bis schwere kognitive Funktionsdefizite (157-66), seien aber nicht valide (IV-act. 157-66, siehe dazu nachfolgend E. 5.2.5). Laborchemisch wurde unter anderem Cannabis (THC) nachgewiesen (IV 157-63, 66). Bei der Herleitung der Diagnosen setzte sich der Gutachter mit den in den Berichten der Klinik D.\_\_\_\_ und dem Psychischen Zentrum E.\_\_\_\_ gestellten Diagnosen ausführlich auseinander. Zur Depression führte er aus, die Achsensymptome einer depressiven Störung seien (bei der gutachterlichen Untersuchung) nicht evident gewesen (IV-act. 157-30). Die Diagnose sei auch aufgrund der medizinischen Vorakten nicht nachvollziehbar. So sprächen die schnelle Remission und der Austrittswunsch des Beschwerdeführers gegen einen entsprechenden Leidensdruck (IV-act. 157-30), entsprechende Befunde würden nicht geschildert (IV-act. 157-52) und die medikamentöse Therapie sei trotz berichteter Niedergedrücktheit und Hoffnungslosigkeit nicht intensiviert worden (IV-act. 157-33). Mithin ist nachvollziehbar, dass der Gutachter eine Dysthymie (ICD-10: F34.1) diagnostizierte (IV-act. 157-28). Die von den Behandlern gestellte Diagnose einer einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung bzw. eines ADHS bestätigte er nicht (vgl. IV-act. 157-28), was einleuchtet, da im Rahmen des Verlaufsgutachtens entsprechende Einschränkungen der Konzentration und Aufmerksamkeit nicht objektiviert werden konnten. Bereits im Vorgutachten hatte er die Diagnose verneint, da ein allfälliges ADHS bereits seit der Kindheit und Jugend hätte bestehen müssen und die Berufsanamnese dagegenspreche (IV-act. 85-29). Zur Diagnose der Persönlichkeitsstörung oder -akzentuierung lässt sich Folgendes anmerken: Der Beschwerdeführer hatte im Jahr 2017 geschildert, er sei schon als Kind auffällig gewesen, eher ein Einzelgänger, isoliert (IV-act. 73-3, IV-act. 132-36). Dennoch verneinte der Gutachter schon im Vorgutachten vom 7. Mai 2018 das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung mit Hinweis auf das Fehlen entsprechender Auffälligkeiten in Kindheit und Jugend sowie auf die Berufsanamnese (vgl. IV-act. 85-29). Seitens der Klinik D.\_\_\_\_ sowie des Psychiatrie-Zentrums E.\_\_\_\_ wurde diese Diagnose nie schlüssig begründet. Auf unmittelbarer Wahrnehmung beruht lediglich das von der Klinik D.\_\_\_\_ erwähnte querulatorische Verhalten, bezüglich der berichteten Störungen in

zwischenmenschlichen Aktionen fehlen weitere Ausführungen zu deren Art, Ausmass und möglichem Ursprung. Aufgrund des offenbar nicht dauerhaften Vorliegens gravierender Symptome erscheint plausibel, dass der Gutachter lediglich eine Persönlichkeitsakzentuierung diagnostizierte. In Anbetracht der Suchtanamnese und des positiven Laborbefundes leuchtet schliesslich auch die Diagnose von psychischen und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide (Abhängigkeitssyndrom [ICD-10: F12.2], IV-act. 157-28) ein. Der Gutachter hielt eine Cannabisabstinenz und Alkoholkarenz für notwendig (IV-act. 157-37). Daraus lässt sich ohne Weiteres folgen, dass der Gutachter eine Cannabisabstinenz für zumutbar hält. Dies ist nachvollziehbar, denn offenbar ist es dem Beschwerdeführer schon gelungen, auf Cannabis zu verzichten. So gab er anlässlich der stationären Behandlung vom 5. Oktober 2020 bis 16. November 2020 an, er sei seit einem halben Jahr drogenabstinent (IV-act. 112), und während der viermonatigen Therapie vom 14. Dezember 2020 bis 13. März 2021 war kein Laborbefund positiv (IV-act. 129-5 f.). Zusammenfassend entspricht das Gutachten den Anforderungen der Rechtsprechung. Nebst den nachvollziehbar begründeten Diagnosen bezog der Gutachter auch die Ergebnisse der neuropsychologischen Untersuchung *lege artis* in seine Beurteilung mit ein und setzte sich mit den vorhandenen Inkonsistenzen auseinander (siehe auch RAD-Stellungnahme vom 30. März 2022, IV-act. 159). Insgesamt liegen beim Beschwerdeführer keine für die Arbeitsfähigkeit relevante psychiatrische Diagnose oder länger andauernde funktionelle Einschränkungen vor. Für somatisch unklare Beschwerdebilder (somatoforme Schmerzstörung und gleichgestellte Diagnosen), psychische Erkrankungen wie namentlich Depressionen sowie Suchterkrankungen ist der Beweis nach dem strukturierten Verfahren mittels Indikatoren zu führen (vgl. dazu BGE 145 V 226 E. 6; BGE 143 V 429 E. 7.2; BGE 141 V 294 f., E. 3.5 f. und S. 298, E. 4.2). Der Beweis für eine lang andauernde und erhebliche gesundheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit kann nur dann als geleistet betrachtet werden, wenn die Prüfung der massgeblichen Beweisthemen im Rahmen einer umfassenden Betrachtung ein stimmiges Gesamtbild einer Einschränkung in allen Lebensbereichen (Konsistenz) für die Bejahung einer Arbeitsunfähigkeit zeigt (BGE 143 V 427 E. 6 a. E.). Ärztlicherseits ist also substantiiert darzulegen, aus welchen medizinisch-psychiatrischen Gründen die erhobenen Befunde das funktionelle Leistungsvermögen und die psychischen Ressourcen in qualitativer, quantitativer und zeitlicher Hinsicht zu schmälern vermögen (BGE 145 V 361 E. 4.3; BGE 143 V 418 E. 6). Grundsätzlich kann – wie vorliegend – bei fehlendem rentenbegründenden Invaliditätsgrad von der Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens abgesehen werden (Urteil des Bundesgerichts vom 22. November 2019, 9C\_568/2019, E. 5.6). Indessen zeigt die nachfolgende Prüfung der Standardindikatoren eindeutig auf, dass die Arbeitsfähigkeitsschätzung der Gutachter – im Gegensatz zu denjenigen der Behandelnden – im Gesamtbild nachvollziehbar ist. Massgebend sind die Indikatoren "funktioneller Schweregrad" (Gesundheitsschädigung – d.h. Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde, Behandlungs- und Eingliederungserfolg bzw. -resistenz, Komorbiditäten, Persönlichkeit, sozialer Kontext) sowie "Konsistenz" (vgl. E. 3.5, BGE 141 V 297, E. 4.1.3). Der funktionelle Schweregrad beurteilt sich nach den konkreten funktionellen Auswirkungen und insbesondere danach, wie stark die versicherte Person in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionen leidensbedingt beeinträchtigt ist (Urteil des Bundesgerichtes vom 30. November 2017, 8C\_130/2017, E. 5.2.2 f.). Im Rahmen der zur Diskussion stehenden Verlaufsgutachten konnten kognitive Einschränkungen nicht konsistent objektiviert werden. Hinsichtlich der Fähigkeiten gemäss dem Mini-ICF-APP hielt der

Gutachter fest, aufgrund der Persönlichkeitsakzentuierung sei die Fähigkeit zur Anpassung an Routinen und Regeln bei entsprechender Motivation leicht und bei Nichtaufbringen der Motivation mittelmässig bis stark beeinträchtigt (IV-act. 157-35). Eine Dysthymie ist diagnoseimmanent weder hinreichend schwer noch anhaltend genug, um die Kriterien einer schweren, mittelgradigen oder leichten rezidivierenden depressiven Störung zu erfüllen (H. Dilling / H. J. Freyberger, Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen, 9. Aufl., 2019, S. 147). Für sich alleine vermag sie keine Invalidität zu bewirken (BGE 143 V 430, E. 8.1). Gleiches gilt auch für die Persönlichkeitsakzentuierung, die als Z-Diagnose gemäss ICD-10 grundsätzlich keinen invalidisierenden Gesundheitsschaden darstellt (Urteil des Bundesgerichts vom 23. März 2022, 8C\_787/2021, E. 14.1). Zur Persönlichkeit führte der Gutachter aus, aus der Persönlichkeitsakzentuierung mit im Vordergrund stehenden narzisstischen und dissozialen Anteilen resultiere eine erhöhte narzisstische Kränkbarkeit mit verminderter Akzeptanz für soziale Normen (IV-act. 157-30). Dieser Faktor wurde damit zu Recht als erschwerend berücksichtigt. Betreffend die Ressourcen und damit die Frage, welche Faktoren sich positiv auf das Leistungsvermögen der versicherten Person auswirken, weist der Gutachter darauf hin, dass dem Beschwerdeführer die zur Planung und Strukturierung von Aufgaben, zur Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, zur Anwendung mentaler und fachlicher Kompetenzen, zur mentalen Durchhaltefähigkeit zur Selbstbehauptung, zur Kontaktfähigkeit zu Dritten und zur Gruppenfähigkeit notwendige Willensanstrengung zumutbar sei (IV-act. 157-35). Auch hält der Gutachter nachvollziehbar eine Cannabisabstinenz für zumutbar (dazu nachfolgend, E. 5.5) und attestiert dem Beschwerdeführer somit die entsprechenden Ressourcen. Hinsichtlich der Behandlungen führte der Gutachter aus, seit der Vorbegutachtung hätten mehrfache psychiatrische Hospitalisationen, teilstationäre Behandlungen und ambulante fachpsychiatrische Behandlungen stattgefunden. Es seien Antidepressiva, Neuroleptika und Psychostimulanzien eingesetzt worden. In mehreren Berichten sei eine mangelnde Motivation des Beschwerdeführers zur Mitarbeit erwähnt worden. Deutlich geworden seien Einschränkungen der Compliance des Versicherten bezogen auf die Medikation. Auch zeige sich eine gewisse diagnostische Unsicherheit in den Berichten. Während der Behandlungsmassnahmen habe jeweils eine Entaktualisierung der jeweiligen akuten psychischen Zustandsverschlechterungen offensichtlich schnell erreicht werden können. Im Vordergrund gestanden hätten dann die aus der Persönlichkeitsakzentuierung resultierenden Verhaltensweisen und die nicht vorhandene Veränderungsmotivation trotz "willentlicher Überwindbarkeit" (IV-act. 157-35). Trotz zahlreicher Hospitalisationen kann somit kein dauerhafter Gesundheitsschaden angenommen werden (siehe auch RAD-Stellungnahme vom 30. März 2022, IV-act. 159-3). Zur Konsistenz erörterte der neuropsychologische Gutachter, dass die erhobenen neuropsychologischen Testergebnisse nicht valide seien und daher nicht festzustellen sei, ob und in welchem allfälligen Schweregrad und Muster beim Versicherten authentische kognitive Funktionsstörungen vorlägen. Im Rahmen der aktenanamnestisch bekannten Diagnosen seien kognitive Funktionsstörungen grundsätzlich denkbar, allerdings nicht im vom Beschwerdeführer demonstrierten Ausmass (157-29; IV 157-65 f., 68). Die Validitätsprüfung erfolgte anhand von zwei Leistungsvalidierungsverfahren, die auffällig waren (Antwortmuster auf dem Niveau der Ratewahrscheinlichkeit) und eines Validitätsparameters in einem weiteren Test, der grenzwertig ausfiel (IV-act. 157-65). Sodann hob der Gutachter diskrepante Angaben des Beschwerdeführers hervor, so insbesondere zum Kontakt zu Freunden und Kollegen (IV-act. 157-31, 34) und zum Verhältnis zur früheren Ehefrau (IV-act. 157-29, 62). Auch

widerspreche der Pflege- und Bekleidungsstatus seinen Angaben zur Haushaltsführung (IV-act. 157-27). Schliesslich erwähnte der Gutachter, der Laborbefund betreffend Trazodon sei diskrepant zu den geltend gemachten Schlafstörungen (IV-act. 157-34). Bereits im Vorgutachten hatte der Gutachter unstimmmige Angaben etwa zum Interesse des Beschwerdeführers an Fussball (IV-act. 85-24), zum Appetitmangel und Essverhalten (IV-act. 85-26) und zur Wirksamkeit des Medikaments Ritalin (IV-act. 85-28, 35) eruiert und ausgeführt, bei der Schilderung der Beeinträchtigungen sei keine affektive Beteiligung sichtbar geworden (IV-act. 85-26). Insgesamt zeigen sich damit deutliche Inkonsistenzen, welche der Gutachter korrekt gewürdigt hat. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Angaben im Gutachten eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren (leichte Einschränkungen, vorhandene Ressourcen, Diskrepanzen) erlauben. Der Gutachter führte zu Recht aus, unter Berücksichtigung der weiterhin zahlreichen Diskrepanzen und der nicht gegebenen Befundvalidität im Rahmen der neuropsychologischen Untersuchung ergäben sich unter Zugrundelegung versicherungsmedizinischer Bewertungskriterien keine ausreichenden Hinweise für eine relevante Veränderung des Gesundheitszustandes (IV-act. 157-38) bzw. überhaupt des Vorliegens eines die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigenden Gesundheitsschadens (IV-act. 157-37). Auch ergebe sich keine Notwendigkeit zur Intensivierung therapeutischer Massnahmen, da der Versicherte prinzipiell in der Lage sei, die Einschränkungen willentlich zu überwinden (IV-act. 157-37). Das Gutachten ist damit beweiskräftig. Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-) Person einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (BGE 124 I 170 E. 4 S. 175) lässt es nicht zu, ein Administrativgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Arztpersonen bzw. Therapeuten zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil diese wichtige – und nicht rein subjektiver Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 8C\_150/2022 vom 7. November 2022 E. 12.3). Massgebend ist die Sachverhaltsentwicklung bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung (BGE 144 V 213 E. 4.3.1). Wie bereits in E. 4.2.1 und 4.3 ausgeführt waren dem Gutachter die bis dahin verfassten Berichte der Klinik D.\_\_\_\_ und des Psychiatrie-Zentrums E.\_\_\_\_ bekannt und er hat seine abweichende Diagnostik nachvollziehbar begründet. Auch hat er einlässlich zu den Berichten Stellung genommen. Aspekte, welche nicht gewürdigt sein sollen, sind keine ersichtlich. Selbst wenn die im Beschwerdeverfahren und somit nach dem massgebenden Sachverhalt eingereichten Berichte der Klinik D.\_\_\_\_ vom 12. September 2022 (act. G 4.2) bzw. vom 11. August 2022 (Aufnahmestatus, act. G 4.1) Rückschlüsse auf den Gesundheitszustand zum Zeitpunkt des Verfügungserlasses zuliessen, ergeben sich aus ihnen keine neuen Erkenntnisse. Die Behandler halten trotz zwei Gutachten an ihren Diagnosen ohne einlässliche Begründung fest und die vom Beschwerdeführer angegebenen Schwierigkeiten mit Schlaf, Antrieb und sozialen Kontakten finden sich bereits im Gutachten. Somit spricht nichts gegen die Zuverlässigkeit des Gutachtens und auf die darin attestierte 100%ige Arbeitsfähigkeit kann abgestellt werden. Der RAD-Arzt I.\_\_\_\_ bestätigte weiter, auch retrospektiv habe keine Arbeitsunfähigkeit vorgelegen, ausser formal während der psychiatrischen Hospitalisationen und der tagesklinischen Behandlung (IV-act. 159-4). Diese fanden indes vor der relevanten Zeitspanne vom 1. August 2021 (E. 1) bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung am 1. Juli 2022 statt, so dass sie keinen rückwirkenden

befristeten Rentenanspruch begründen können. Der Einkommensvergleich ist grundsätzlich unbestritten. Die Beschwerdegegnerin stellte zu Recht sowohl beim Validen- als auch beim Invalideneinkommen auf den Tabellenlohn ab. Der Beschwerdeführer schloss zwar eine Berufslehre ab, arbeitete aber nie im erlernten Beruf, erzielte gemäss dem Auszug aus dem individuellen Konto immer Einkommen im Bereich des Tabellenlohns und ist seit 2016 nicht mehr arbeitstätig (vgl. IV-act. 8; IV-act. 147-2; IV-act. 157-20 f.). Daher spricht nichts gegen einen sogenannten Prozentvergleich. Dabei entspricht der Invaliditätsgrad ohne Vornahme eines Tabellenlohnabzugs der gutachterlich attestierten Arbeitsunfähigkeit von 0 % (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 27. Juni 2022, 8C\_104/2021 [zur Publikation vorgesehen], E. 6.2, und vom 4. November 2022, 9C\_395/2022, E. 4.2). Auf die Vornahme eines allfälligen Leidensabzugs muss vorliegend nicht ausführlicher eingegangen werden, da selbst der höchstmögliche Tabellenlohnabzug von 25 % nicht zu einem rentenbegründenden Invaliditätsgrad von 40 % führen würde. Die Beschwerdegegnerin verneinte demnach zu Recht einen Rentenanspruch. Nach dem Gesagten ist die Beschwerde abzuweisen. Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Dem unterliegenden Beschwerdeführer sind die Gerichtskosten vollumfänglich aufzuerlegen. Zuzufolge unentgeltlicher Rechtspflege ist er von der Bezahlung zu befreien. Ausgangsgemäss (vgl. Art. 61 lit. g ATSG) und mangels Vertretung durch einen im Anwaltsregister eingetragenen Rechtsbeistand besteht weder ein Anspruch auf Parteientschädigung noch aus unentgeltlicher Rechtsverteidigung. Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP Die Beschwerde wird abgewiesen. Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Er wird zuzufolge unentgeltlicher Rechtspflege von der Bezahlung befreit.

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