

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00464 vom 12. November 2018**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-11-12, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2017.00464](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00464)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00464 du 12 novembre 2018

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00464 del 12 novembre 2018

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

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]). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG]). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgleichenden Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

### **E. 1.2**

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

### **E. 1.3**

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein psychischer Gesundheitsschaden mit Krankheitswert besteht, welcher die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (vgl. BGE 139 V 547 E. 5, 131 V 49 E. 1.2, 130 V 352 E. 2.2.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_125/2015 vom 18. November 2015 E.

5.4).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E.

6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c, je mit Hinweisen; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG). 2. 2.1

Die Beschwerdegegnerin legte in der angefochtenen Verfügung vom

### **E. 6**

) meldete sich der Versicherte bei der Invalidenversicherung unter Hinweis auf eine Depression zum Leistungsbezug an. Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, tätigte in der Folge Abklärungen in erwerblicher sowie medizinischer Hinsicht. Am 17. September 2015 (Urk. 12/25) wies sie eine Kostengutsprache für eine erstmalige berufliche Ausbildung mit der Begründung ab, der Versicherte wünsche keine Unterstützung.

Die IV-Stelle veranlasste ein psychiatrisches Gutachten bei Dr. A.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, welches dieser am 2. Dezember 2016 (Urk. 12/53) erstattete.

Nach durchgeführtem

Vorbescheidverfahren (vgl. Urk. 12/56, Urk. 12/66, und Urk. 12/68) wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren mit Verfügung vom 16. März 201

### **E. 7**

(Urk. 2) ab. 2.

Dagegen erhob der Versicherte am 1. Mai 2017 (Urk. 1) Beschwerde mit den Anträgen, es sei die Verfügung vom 16. März 2017 aufzuheben; es seien ihm die gesetzlichen Leistungen zu gewähren, insbesondere sei ihm rückwirkend ab Juni 2014 eine ganze Invalidenrente auszurichten. Daneben beantragte er die Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege (S. 2).

Die Beschwerdegegnerin beantragte am

28. August 2017 (Urk.

### **E. 7.2**

mit Hinweisen). 4.2.2

Dr. F.\_\_\_\_ diagnostizierte neben einer depressiven Störung den Verdacht auf eine Erkrankung aus dem schizophränen Formenkreis (E. 3.3). Mit einer blossen Verdachtsdiagnose ist eine entsprechende Störung nicht mit dem invalidenversicherungs

rechtlich relevanten erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt (Urteil des Bundesgerichts 8C\_454/2013 vom 24.

Sep tember 2013 E. 6.3; BGE 138 V 218 E. 6).

#### 4.2.3

Die Ärzte der J.\_\_\_\_ (E. 3 . 4 und E. 3.5 ) stellten als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit – abweichend von Dr.

A.\_\_\_\_

(E. 3.6) , welche r

eine emo tional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline -Typ diagnostizierte – eine kombi nierte Persönlichkeitsstörung .

Rechtsprechungsgemäss kann die psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen . Dem begutachtenden Psychiater bleibt praktisch immer ein gewisser Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizi nisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte lege artis vorgegangen ist (Urteil des Bundesgerichts 8C\_629/2017 vom 2 9. Dezember 2017 E. 4.3). Letzteres wird vom Beschwerde führer nicht bemängelt und es sind auch keine Anhaltspunkte ersichtlich, welche Zweifel daran erwecken könnten, dass das Gutachten nicht nach den anerkannten fachlichen Standards zu Stande gekommen wäre. Zudem unterscheiden sich die beiden Diagnosen (ICD-10 F61.0 und ICD-10 F60.31) nicht derart massgeblich, dass die Einschätzung nicht von dem Gutachter zustehenden Ermessen gedeckt wäre. Dies gilt umso mehr, als dieser differenzialdiagnostisch auch eine kombi nierte Persönlichkeitsstörung erwähnte (E. 3.6).

Im Weiteren bleibt festzuhalten, dass nicht der Diagnose, sondern vielmehr der Frage der funktionellen Auswirkungen einer Störung entscheidende Bedeutung in Bezug auf die zu berücksichtigten Einschränkungen zukommt. Unter diesen Umständen ist die leicht abweichende Diagnose nicht geeignet, die Schlussfolgerungen des Gutachters in Zweifel zu ziehen. Das Gesagte gilt auch mit Blick auf das depressive Geschehen, so dass der vom Beschwerdeführer aufgeworfene Ein wand, ob in medizinischer Hinsicht von einem remittierten depressiven Gesche hen ausgegangen werden darf ( Urk. 1 S. 5), offen bleiben kann. Im Übrigen wäre selbst bei (weiterem) Vorliegen einer mittelgradigen depressiven Störung ein strukturiertes Beweisverfahren (vgl. auch im Folgenden E. 5) durchzuführen, so dass letztlich offen bleiben kann, wie es sich damit genau verhält.

Der Beurteilung von Dr. F.\_\_\_\_ , die von einer mittel- bis sogar schwergradig depressiven Episode sprach (E. 3.3), kann hingegen von vornherein nicht gefolgt werden, da sie sich dabei allein auf Testergebnisse , mithin Selbstdeklarationen

stützte und nicht ersichtlich ist, dass sie diese zur Objektivierung einer Vali dierung unterzogen hätte. 4.3

Der Beschwerdeführer bemängelte ,

dass Dr. A.\_\_\_\_ den letzten Bericht der Fach ärzte de r

J.\_\_\_\_ vom

15. September 2016 betreffend die Hospitalisation vom 15. August bis 9. September 2016 ( E. 3.5 ) nicht berücksichtigt habe (Urk. 1 S. 4) . Es ist zwar richtig, dass der Gutachter diesen Bericht nicht aufführte und ihm dieser wohl nicht bekannt war. Bekannt war en Dr.

A. \_\_\_ jedoch der stationäre Aufenthalt in diesem Zusammenhang

und der Anlass dafür , wie aus de n

entspre chenden Ausführungen , welche der Beschwerdeführer selbst in seiner Beschwer deschrift wider gibt ( Urk. 1 S. 4 Ziff. 12) , hervorgeht (Urk. 12/ 53 S. 9).

Was das Vorbringen des Beschwerdeführers bezüglich der Ve r dachtsdiagnose einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis angeht (Urk. 1 S.

6 f.) kann auf die Ausführung in Erwägung E. 4.2.2 verwiesen werden. 4.4

Der Beschwerdeführer reichte im Zuge des vorliegenden Beschwerdeverfahrens weitere medizinisch Unterlagen ein , namentlich

Berichte

der Psyc hiatric K. \_\_\_ (Urk. 22/6 -7 und Urk. 25/8-3-7 ) über stationäre Aufenthalte vom 4. September bis zum 5. Oktober 2017 und

vom 21. Dezember 2017 bis zum 19. Januar 2018 sowie

insbesondere einen Bericht des Universitätsspitals L. \_\_\_ vom 21. Februar 2018 (Urk. 25/8/2) über ein Erstgespräch für Gender-Dys phorie und eine Terminbestätigung des L. \_\_\_ vom 26. April 2018 (Urk. 25/8/1) für die Klinik für Reproduktionsendokrinologie .

Die rentena bweisende Verfügung der Beschwerdegegenerin datiert vom 16. März 2017 (Urk. 2) ,

womit die nachgereichten Berichte einen Sachverhalt betreffen, welcher zeitlich nach dem Verfügungszeitpunkt liegt, und dem entsprechend sind sie grundsätz lich unbeachtlich (BGE 131 V 242 E. 2.1, 121 V 362 E. 1b) , zumal diesen Berichten keine Hinweise für eine unterschiedliche Arbeitsfähigkeits beur teilung zu entnehmen sind . 4.5

Nach dem Gesagten kann grundsätzlich auf das Gutachten von Dr. A. \_\_\_ vom 2 . Dezember 2016 (E. 3 . 6 ) abgestellt werden.

Von weiteren Beweismassnahmen im Sinne des replicando gestellten A ntrages des Beschwerdeführers ( Urk. 15 ) sind keine anderen entscheidrelevanten Erkenntnisse zu erwarten, weshalb davon abzusehen ist (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 124 V 90 E. 4b, 122 V 157 E.

1d, 136 I 229 E. 5.3). 4.6

Zusammenfassend erachtete der Gutachter im Zeitpunkt der Begutachtung am 2. Dezember 2016 eine Arbeitsfähigkeit von 50 % für einfache, gut strukturierte Tätigkeiten für zumutbar. Davon ist auszugehen, obwohl er auch eine Steigerung des Arbeitspensums auf 100 % für möglich hielt, aber erst in zwei Jahren nach weiterer Stabilisierung der Umstände (E. 3.6). 5. 5.1

In Bezug auf die psychische Problematik ist festzuhalten, dass es nach der Recht sprechung in sämtlichen Fällen gesundheitlicher Beeinträchtigungen, somit auch bei psychischen Störungen, keineswegs allein Sache der mit dem konkreten Ein zelfall (gutachterlich)

befassten Arztpersonen ist, selber abschliessend und für die rechtsanwendende Stelle (Verwaltung, Gericht) verbindlich zu entscheiden, ob das medizinisch festgestellte Leiden zu einer (andauernden oder vorübergehenden) Arbeitsunfähigkeit (bestimmter Höhe und Ausprägung) führt. Aufgrund dieser tatsächlichen und rechtlichen Gegebenheiten hat die Rechtsprechung seit jeher die Aufgaben von Rechtsanwender und Arztperson im Rahmen der Invaliditätsbemessung wie folgt verteilt: Sache des (begutachtenden) Mediziners ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und wenn nötig seine Entwicklung im Laufe der Zeit zu beschreiben, das heisst mit den Mitteln fachgerechter ärztlicher Untersuchung unter Berücksichtigung der subjektiven Beschwerden die Befunde zu erheben und gestützt darauf die Diagnose zu stellen. Hiermit erfüllt der Sachverständige seine genuine Aufgabe, wofür Verwaltung und im Streitfall Gericht nicht kompetent sind. Bei der Folgenabschätzung der erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen für die Arbeitsfähigkeit kommt der Arztperson hingegen keine abschliessende Beurteilungskompetenz zu (BGE 140 V 193 E. 3.1 und 3.2). Von einer medizinischen Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit kann damit aus rechtlicher Sicht abgewichen werden, ohne dass ein Gutachten dadurch seinen Beweiswert verliert (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 9C\_106/2015 vom 1. April 2015 E. 6.3).

Mit BGE 143 V 418 entschied das Bundesgericht, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind (E. 6 und 7, Änderung der Rechtsprechung; vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2 speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere Depressionen).

Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit (nach wie vor) die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; BGE 141 V 547 E. 2). Diese Rechtsprechung ist auf alle im Zeitpunkt der Praxisänderung noch nicht erledigten Fälle anzuwenden (Urteil des Bundesgerichts 9C\_580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 3.1 mit Hinweisen).

Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren (BGE 143 V 418, 143 V 409, 141 V 281) hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie „funktioneller Schweregrad“ (E. 4.3) - Komplex „Gesundheitsschädigung“ (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) - Komplex „Persönlichkeit“ (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen, E. 4.3.2) - Komplex „Sozialer Kontext“ (E. 4.3.3) - Kategorie „Konsistenz“ (Gesichtspunkte des Verhaltens, E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

In der Folge ist daher eine Prüfung der funktionellen Auswirkungen der psychischen Leiden des Beschwerdeführers anhand des strukturierten Beweisverfahrens vorzunehmen. 5

Zunächst sind im Rahmen der Kategorie „funktioneller Schweregrad“ die Indikatoren zum Komplex „Gesundheitsschädigung“ näher auszuleuchten. Entscheidend sind demnach die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome, deren Behandlungs- und Eingliederungserfolg resp. -resistenz sowie allfällige Komorbiditäten (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_539/2015 vom 21. März 2016 E. 4.1). Die depressive Störung war remittiert und beeinträchtigte die Arbeitsfähigkeit zum Begutachtungszeitpunkt und somit zum Verfügungszeitpunkt nicht.

Aber selbst wenn weiterhin von einer mittelgradigen depressiven Störung auszugehen wäre, was der Beschwerdeführer postulierte, kann jedenfalls nicht von einer schweren Ausprägung des Befundes gesprochen werden.

Sofern das Suchtgeschehen in Form des gesundheitsschädigenden Gamens mit Blick auf die Rechtsprechung zu anderen Suchtgeschehen wie Alkoholismus, Medikamentenmissbrauch oder Drogensucht überhaupt eine Invalidität im Sinne des Gesetzes begründen könnte (vgl. BGE 124 V 265 E. 3c; AHI 2002 S. 30, I 454/99 E. 2a), ist zu bemerken, dass die Störung der Impulskontrolle (Gamen) durch die Medikation entaktualisiert war.

Die emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ schlägt sich lediglich als qualitative Funktionseinschränkung in einer leicht bis mittelgradigen Beeinträchtigung der Flexibilität, Umstellungs-, Interaktions-, Kommunikations- und Gruppenfähigkeit nieder (vgl.

E. 3.6).

Was die depressive Störung in der Zeit der Anmeldung bei der Invalidenversicherung bis zur Begutachtung durch Dr.

A.\_\_\_\_

betrifft, ist darauf hin zuweisen, dass das Beschwerdebild ebenfalls mitprägende psychosoziale und soziokulturelle Belastungsfaktoren, soweit sie unmittelbar die Symptomatik beeinflussen, als nicht invalidisierende und damit nicht versicherte Umstände auszuschneiden sind

(vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_549/2015 vom 29. Januar 2016 E. 4.3).

Auslöser für den stationären Aufenthalt in der E.\_\_\_\_

vom 19. November bis zum 31. Dezember 2014, der am 1. Dezember 2014 zur Anmeldung führte (Urk. 12/6), war die Verschlechterung seines Gesundheitszustandes aufgrund der Tatsache, dass ihm seine Mutter ihren Entscheid zum Freitod mit Hilfe der Sterbeorganisation Exit mitteilte (vgl.

Urk. 12/21/8-11 S. 1). Bezüglich des ersten Aufenthalts in der J.\_\_\_\_ vom 26.

Januar bis zum 4. März 2016

ist vermerkt, dass der Beschwerdeführer wegen seiner Mutter überfordert war, es immer wieder Konflikte gebe und er in der Institution zur Ruhe kommen und danach in das betreute Wohnen ziehen möchte (vgl. Urk. 12/42 S. 1). Dem zweiten stationären Aufenthalt in der J.\_\_\_\_ vom 15. August bis zum 9. September 2016 ging ein Streit mit seiner Mutter über Textnachrichten am Telefon voraus, bei welchem er sich falsch verstanden gefühlt hatte, und es ist zu dieser Zeit zu wiederholten Anspannungssituationen und Gedankenkreisen bei fehlender Beschäftigung gekommen (vgl. Urk. 16/3 S. 3). Es ist somit

festzuhalten, dass die Ausprägung der diagnostisch relevanten Befunde und Symptome in Form der depressiven Störung in wesentlichem Ausmass auf psychosoziale Belastungsfaktoren und damit nicht sozialversicherungssrelevante Umstände zurückzuführen sind. Bezüglich Behandlungs- und Eingliederungserfolg resp. – Resistenz ist zu bemerken, dass sich der Beschwerdeführer bereits mehrfach in stationäre Behandlung begab, nach welchen sich sein Zustandsbild verbesserte (vgl. E. 3.4 und E. 3.5).

Er befindet sich in regelmässiger ambulanter psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlung (vgl. auch E. 3.3). Die Therapieoptionen sind gemäss Dr. A. \_\_\_ weitgehend ausgeschöpft (Urk. 12/53 S. 15). 5.3

Krankheitswertige andere Störungen sind nicht ersichtlich. Zur Kategorie „funktioneller Schweregrad“ ist ferner der Komplex „Persönlichkeit“ (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen) zu zählen (vgl.

Urteil des Bundesgerichts 9C\_539/2015 vom 21. März 2016 E. 4.2).

Es ist unbestritten, dass der Beschwerdeführer an einer Persönlichkeitsstörung leidet. Diese ist indes nicht derart ausgeprägt, dass er gar nicht mehr leistungsfähig wäre. Im Weiteren ergibt sich aus den Akten, dass sich der Beschwerdeführer in der Untersuchung von Dr. A. \_\_\_ abgesehen von den krankheitsbedingten Merkmalen der Persönlichkeitsstörung unauffällig zeigte. Der Kontakt zu ihm war problemlos herzustellen und während der Untersuchung gut aufrecht zu erhalten. Seine Sprache ist klar und deutlich. Ich- oder Wahrnehmungstörungen bestanden nicht. Auffassung, Ausdauer, Konzentration und mnestiche Funktionen waren intakt (vgl. Urk. 12/53 S. 11 f.). Damit ist kein eigentlich strukturelles Defizit erkennbar, welches im Rahmen einer umfassenden Ressourcenprüfung negativ ins Gewicht fallen würde. 5.4

Innerhalb der Kategorie „funktioneller Schweregrad“ bestimmt ferner auch der Komplex „Sozialer Kontext“ mit darüber, wie sich die (kausal allein massgeblichen) Auswirkungen der Gesundheitsbeeinträchtigung konkret manifestieren (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_539/2015 vom 21. März 2016 E. 4.3). Im Lebenskontext zu berücksichtigen sind (mobilisierbare) Ressourcen des Beschwerdeführers respektive das Fehlen solcher Ressourcen, so er Unterstützung aus seinem sozialen Netzwerk erfährt. Der Beschwerdeführer lebt in betreuten Wohnen und besucht dort regelmässig die interne Werkstatt. Er hat guten Kontakt zu seiner Mutter sowie selten aber immerhin zu seiner Ex-Partnerin in Deutschland und ab und zu seinem jüngeren Bruder (Urk. 12/53 S. 10 f.). Zudem ist er in einer Community von acht Spielern aktiv, welche auch Treffen organisierten (vgl. Urk. 12/53 S. 9), und in der Lage, zu den Mitpatienten einen guten Kontakt aufzubauen (Urk. 16/3).

Er verfügt über keinen engen Freundeskreis (vgl. Urk. 12/21 S. 2). Daneben ist das Verhältnis zur Mutter

zeitweise belastet (vgl. Urk. 16/3 S. 2 f.). Damit enthält der Lebenskontext des Beschwerdeführers

sowohl gewisse sich potentiell negativ als auch potentiell positiv auf seine Ressourcen auswirkende Faktoren. 5.5

Der Indikator einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen der Kategorie „Konsistenz“ (Gesichtspunkte des Verhaltens) zielt auf die Frage ab, ob die diskutierte Einschränkung in Beruf und Erwerb (bzw. bei Nichterwerbstätigen im Aufgabenbereich) einerseits und in den sonstigen Lebensbereichen (beispielsweise Freizeitgestaltung) andererseits gleichermaßen ausgeprägt ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_539/2015 vom 21. März 2016 E. 4.4). Der Tagesablauf des Beschwerdeführers zum Zeitpunkt der Begutachtung zeigte sich – abgesehen vom zeitweisen übermässigen

Gamen - im Wesentlichen unauffällig. Aus dem Gutachten von Dr. A. \_\_\_ ergibt sich, dass der Beschwerdeführer

regelmässig in die interne Werkstatt des betreuten Wohnens geht sowie manchmal 5-8 Stunden am Tag Onlinespiele spielt (Urk. 12/53 S. 9 und S. 11). Gegenüber den Ärzten der J. \_\_\_ gab er an, dass er mit Medikation von 22:00 bis 5:00 Uhr gut schlafe, sich fit fühle, wenn er aufwache, und gut in den Tag starte (vgl. Urk. 16/3 S. 1). Der Beschwerdeführer selbst gab an, dass er keine Entzugserscheinungen bekommen würde, wenn er nicht game, und habe 2015 auch 3 Monate davon abgesehen (vgl. Urk. 12/53 S.

9). Dr. A. \_\_\_ attestierte ihm den auch eine Abstinenzfähigkeit bezüglich des Gamens (E. 3.6). All diese Umstände sprechen gegen eine massgebliche Einschränkung der Leistungsfähigkeit in sämtlichen Lebensbereichen. 5.6

Der in die gleiche Kategorie („Konsistenz“) fallende Aspekt des behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdrucks betrifft die Frage nach der Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen. Das Ausmass, in welchem Behandlungen wahrgenommen oder eben vernachlässigt werden, weist (ergänzend zum Gesichtspunkt Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder resistenz) im Regelfall auf den tatsächlichen Leidensdruck hin (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_539/2015 vom 21. März 2016 E. 4.5). Die therapeutischen Optionen werden vom Beschwerdeführer ausgeschöpft (vgl. Urk. 12/53 S. 15), was auf einen tatsächlichen Leidensdruck hinweist. Hinsichtlich der depressiven Episoden zeigt sich dies auch in den verschiedenen stationären Aufenthalten, zu welchen er sich freiwillig zur Krisenintervention begab (vgl. E. 3.4 und E. 3.5). 5.7

Wenn nach dem Gesagten auch ressourcenhemmende Indikatoren auszumachen sind, fällt hier massgeblich ins Gewicht, dass der Beschwerdeführer trotz seines Leidens seit Jahren in der Lage ist, sich über lange Zeit, mithin bis zu acht Stunden pro Tag, mit Computerspielen zu beschäftigen, was eine erhebliche Konzentrations- und Leistungsfähigkeit sowie geistige Flexibilität voraussetzt. Da rechtsprechungsgemäss der verhaltensbezogene Aspekt der Konsistenz beweisrechtlich entscheidend ist (BGE 141 V 281 E. 4.4; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_604/2017 vom 15. März 2018 E. 7.4), ist unter Berücksichtigung der weiter benannten ressourcenfördernden Faktoren ein invalidenversicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auszuweisen. Dies gilt nicht nur für die von Dr. A. \_\_\_ ab Oktober 2016 bescheinigte 50%ige Arbeitsunfähigkeit, sondern - in Anbetracht der weder ersichtlichen noch geltend gemachten veränderten Umstände - auch für die von ihm rückwirkend seit der Anmeldung zum Leistungsbezug attestierten vollständigen Arbeitsunfähigkeit.

Die Beschwerde ist in der Folge abzuweisen. 6.

In der angefochtenen Verfügung vom 26. Juli 2016 werden berufliche Massnahmen nicht behandelt und bilden somit auch nicht Streitgegenstand, weshalb auf diesbezügliche Ausführungen nicht einzugehen ist (vgl. Urk. 11 S. 2 f.). Es bleibt dem Beschwerdeführer jedoch unbenommen –

wie ihm auch von der Beschwerdegegnerin mitgeteilt (Urk. 12/

## **E. 11**

) Abweisung der Beschwerde.

Am 12. September 2017 (Urk. 13) bewilligte das Gericht dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Prozessführung und bestellte ihm Rechtsanwalt Laurent Häusermann, St. Gallen, als unentgeltlichen Rechtsvertreter.

Mit Replik vom 20. Oktober 2017 (Urk. 15)

ergänzte der Beschwerdeführer den Antrag, eventualiter sei die Angelegenheit zur weiteren Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Daneben reichte er weitere Unterlagen (Urk. 16) ein.

Am 20. November 2017 (Urk. 18) verzichtete die Beschwerdegegnerin auf eine Duplik, was dem Beschwerdeführer am 27.

November 2017 (Urk. 20) zur Kenntnis gebracht wurde.

Mit Eingaben vom 8. Juni und vom 20. Juni 2018 (Urk. 21 und Urk. 24) reichte der Beschwerdeführer medizinische Unterlagen (Urk. 22 und Urk. 25) ein, welche der Beschwerdegegnerin am 11. Juni und am 25. Juni 2018 (Urk. 23 und Urk. 26) zur Stellungnahme respektive zur Kenntnisnahme zugestellt wurden. Am 3. Juli 2018 (Urk. 27) verzichtete diese auf eine Stellungnahme, was dem Beschwerdeführer am 5. Juli 2018 (Urk. 28) zur Kenntnis gebracht wurde.

Am 11. Juli 2018 (Urk. 29) reichte der Vertreter des Beschwerdeführers seine (ergänzte) Honorarnote (Urk. 30; vgl. auch Urk. 17) ein. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

## **E. 16**

. März 2017 (Urk. 2) dar, Auslöser der Arbeitsunfähigkeit seien Probleme aufgrund der Scheidung der Eltern und der Trennung von der Freundin. Diese im Privatleben liegenden Gründe seien von der Invalidenversicherung nicht gedeckt. Es sei dem Beschwerdeführer zumutbar, eine Arbeitsstelle auf dem freien Arbeitsmarkt anzunehmen (S. 1 f.).

In der Vernehmlassung (Urk. 11) ergänzte die Beschwerdegegnerin, der Schlussfolgerung zur Arbeitsfähigkeit des Gutachtens von Dr. A. \_\_\_ könne aus rechtlicher Sicht nicht gefolgt werden (S. 2). Selbst wenn jedoch bezüglich der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit auf das Gutachten von Dr. A. \_\_\_ abgestellt würde, bestünde kein Anspruch auf eine Rente. Eine allfällige Rentenleistung könne erst dann zur Ausrichtung gelangen, wenn keine zumutbare Eingliederungsmassnahme in Betracht falle. Dem Beschwerdeführer habe die Motivation für berufliche Massnahmen gefehlt (S. 3 f.). 2.2

Der Beschwerdeführer stellte sich in seiner Beschwerde vom 1. Mai 2017 (Urk. 1) und seiner Replik vom 20. Oktober 2017 (Urk. 15) auf den Standpunkt, auf das Gutachten von Dr. A. \_\_\_ könne nicht abgestellt werden.

Er kritisierte dieses in verschiedener Hinsicht (vgl. Urk. 1 S. 3-8 und Urk. 15 S. 1-3).

In der

Replik

brachte er sodann vor, gemäss den vorhandenen medizinischen Unterlagen sei eine Eingliederungsfähigkeit in den ersten Arbeitsmarkt zweifellos nicht gegeben. Zudem sei der Auslöser der Arbeitsunfähigkeit aktenkundig gesundheitsbedingt und liege nicht im Privatleben, wie es die Beschwerdegegnerin bei der Ablehnung der beruflichen Massnahmen begründet habe. Im Weiteren gehe es im vorliegenden Verfahren um den Rentenentscheid und nicht um berufliche Massnahmen, was nicht vermischt werden dürfe (S. 3). 2.3

Zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Invalidenrente hat. 3. 3.1

Die behandelnde Dr. B.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, stellte in

ihrem Bericht vom 12. Oktober 2014

(Urk. 12 / 13) die Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittel- bis leichtgradige depressive Störung (ICD-10 F33.01 respektive F33.11) sowie anamnestisch eine Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10 F40.01). Infolge seiner depressiven Verfassung sei der Beschwerdeführer monatelang arbeitsunfähig gewesen. Einer günstigen Entwicklung stehe seine derzeitige familiäre Situation im Weg. Die Arbeitsfähigkeit habe seit dem 29. September 2014 leicht von 40 % auf 50 % gesteigert werden können (S. 2). Es komme keine andere oder leichtere Tätigkeit in Frage. Die Prognose sei ungewiss (S. 3). 3.2

Oberärztin

C.\_\_\_\_ und Psychologin Dipl.-Psych. D.\_\_\_\_

von der Klinik E.\_\_\_\_, wo sich der Beschwerdeführer vom 19. November bis zum 31. Dezember 2014 auf freiwilligen Eintritt (vgl. Urk. 12/21/8-11 S. 1) in stationärer Behandlung befand, nannten in ihrem undatierten Austrittsbericht (vgl.

Urk. 12/21/1-7) als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1). Sie führte aus, in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Lehrling (Informantik-Lehre) habe vom 19. November bis zum 31. Dezember 2014 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Im Rahmen der rezidivierenden depressiven Störung hätten sich beim Beschwerdeführer rezidivierende Zustände von zum Beispiel Hoffnungslosigkeit, Gedankenkreisen, Ängste bezüglich der Zukunft und innere Nervosität sowie wiederkehrende Suizidgedanken gezeigt. Dies gehe einher mit einem sozialen Rückzug, Motivations- und Antriebslosigkeit und abnehmen der Aufmerksamkeits- und Konzentrationsleistung (S. 3).

Diese Symptome könnten die Arbeitsfähigkeit deutlich beeinflussen. So könne zum Beispiel die Antriebslosigkeit ein Erscheinen am Arbeitsplatz erschweren sowie die Konzentrationsminderung ein effizientes Arbeiten im gewohnten Niveau. Die bisherige Tätigkeit sei nach tagesklinischer Behandlung in schrittweiser Steigerung der Arbeitsfähigkeit aus medizinischer Sicht noch zumutbar. Über den Umfang könne zum aktuellen Zeitpunkt keine Aussage getroffen werden (S. 4). 3.3

Die Leitende Ärztin F.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, von der Klinik G.\_\_\_\_, wo sich der Beschwerdeführer

seit

5. November 2015

in ambulanter Behandlung befand, nannte in ihrem Bericht vom 25. November 2015 (Urk. 12 / 32) folgende Diagnosen (S. 1): - Verdacht auf Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis, Prodromalstadium (ICD-10 F20.19) - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige bis schwere Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.10), bestehend seit 3

Jahren

Sie führte aus, das Becks-Depressions-Inventar zeige 42 Punkte.

Damit lägen Hinweise für eine schwere depressive Symptomatik vor (S. 3 f.). Zurzeit sei die Prognose unsicher. Als positiv könne die gute Therapiemotivation und Compliance bewertet werden. Die Fortsetzung der ambulanten Behandlung sei dringend erforderlich. Eine geschützte Wohnform mit geregelter Wochenstruktur, möglichst mit integrierter geschützter Arbeitstätigkeit sei dringend erforderlich. Ab dem 1.

November 2015 bis auf Weiteres bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Aktuell bestünden eine fluktuierende, zum Teil schwere Antriebsminderung mit depressiver Stimmungslage mit deutlich reduziertem Leistungsniveau sowie

eine sozialer Rückzug,

deutlich eingeschränkte Kontakt- und Anpassungsfähigkeit, minimale Belastbarkeit und Stressintoleranz. Der Beschwerdeführer vernachlässige öfters die eigene Körperpflege und müsse dazu motiviert und aufgefordert werden. Aktuell gelange er mit minimalen Haushaltsaufgaben an die Grenze seiner Belastbarkeit. Behördenangelegenheiten könne er nicht selbständig erledigen und benötige umfassende Unterstützung. Eine Tätigkeit im ersten Arbeitsmarkt könne ihm nicht zugemutet werden (S. 4). In Anbetracht der Krankheitsgeschichte sei er mit hoher Wahrscheinlichkeit während der letzten zwei bis drei Jahre nicht arbeitsfähig gewesen. Aktuell und sicherlich mittelfristig werde er voll arbeitsunfähig bleiben. Der Beschwerdeführer benötige eine Invalidenrente (S. 5). 3.4

Oberarzt H.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und Assistenzarzt I.\_\_\_\_

von der Psychiatrischen Klinik J.\_\_\_\_, wo sich der Beschwerdeführer vom 26. Januar bis zum 4. März 2016 in stationärer Behandlung befand, stellten in ihrem Austrittsbericht vom 11. März 2016 (Urk. 12/42) folgende Diagnosen (S. 1): - Kombinierte Persönlichkeitsstörung (mit schizoiden und abhängigen Aspekten; ICD-10 F61.0) - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode: mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11)

Sie berichteten,

in der Zusammenschau der Befunde hätten sie eine mittelgradige depressive Störung und eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit schizoiden und depressiven Anteilen diagnostiziert (S. 2). Zum psychopathologischen Status bei Austritt führten sie aus, der Beschwerdeführer sei wach, bewusstseinsklar und voll orientiert. Im Kontakt sei er freundlich zugewandt. Mimik und Gestik seien gut spürbar. Die Aufmerksamkeit und Konzentration seien leicht reduziert. Formalgedanklich sei er geordnet, intellektuell, inhaltlich unauffällig, affektiv euthym, schwingungs- und modulationsfähig sowie

psychomotorisch verlangsamte. Es fänden sich keine Anhaltspunkte für Sinnesstäuschungen oder Ichstörungen. Der Appetit sei vermindert. Er verfüge über eine Krankheits- und Behandlungseinsicht. Es bestehe kein Hinweis für handlungsnahes Suizidgedanken. Bei Austritt habe die Arbeitsfähigkeit bei 0 % gelegen (S. 3) . 3.5

Nach der erneuten stationären Behandlung vom 15. August bis zum 9. September 2016 bestätigten die Ärzte der J.\_\_\_\_ im Austrittsbericht vom 15. September 2016 die genannten Diagnosen (Urk. 16/3). Dazu ergänzten sie, der Verdacht auf eine prodromale Schizophrenie habe nicht bestätigt werden können, sodass sie am ehesten von hypnagogischen Halluzinationen ausgingen (S. 2). Während des stationären Aufenthalts habe die Arbeitsfähigkeit bei 0 % gelegen (S. 4). 3. 6

Dr. A.\_\_\_\_ nannte in seinem von der Beschwerdeführerin in Auftrag gegebenen psychiatrischen Gutachten vom 2. Dezember 2016 (Urk. 12/53) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 12): - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig unter Kombination von Antidepressiva und Neuroleptika remittiert (ICD-10 F33.4) - Emotional instabile Persönlichkeitsstörung, Borderline -Typ (ICD-10 F60.31) - Differentialdiagnostisch kombinierte Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F61.0) - Nichtstoffgebundene Sucht (Gamen ; ICD-10 F63.8)

Dr. A.\_\_\_\_ führte aus, es sei keine klinisch relevante, respektive die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigende, depressive Störung mehr festgestellt worden. Auch hätten sich keine Hinweise auf eine Störung aus dem schizophrenen Formenkreis (Denkstörung, Affektstörung, Wahrnehmungsstörung) finden können. Der Beschwerdeführer habe über Beschwerden, die mit einer Persönlichkeitsstörung vereinbar seien, und über Onlinespielen seit 5-6 Jahren mit Spieldauern von bis zu 8 Stunden täglich berichtet (S. 12). In den übersandten Unterlagen werde eine zunehmend deutlicher werdende Persönlichkeitsstörung beschrieben. Die zuvor beschriebenen depressiven Phasen seien vereinbar mit der Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, wobei unter der aktuellen Medikation die Störung der Impulskontrolle entaktualisiert und die depressive Symptomatik remittiert seien. Die persönliche Lebenssituation habe sich insoweit stabilisiert, als er nun mehr in betreutem Wohnen platziert sei und Belastungen aufgrund der beschriebenen Borderline -Persönlichkeitsstörung der Mutter nicht mehr in dem bisherigen Ausmass bestünden. Eine Beeinträchtigung für einfache, gut strukturierte Arbeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, wie z. B. als Betriebsmitarbeiter seien für ein Pensum von 50 % bei 100 % Leistung möglich und bei der von ihm geklagten „Ablenkung durch Gedanken“ sei durch die Aufnahme einer Arbeitstätigkeit möglicherweise eine zusätzliche Stabilisierung zu erreichen. Tätigkeiten mit Verletzungsgefahr und Anforderung an die Reaktionsfähigkeit seien aufgrund der verordneten Medikamente nicht möglich. Nach eigenen Angaben sei ihm längere Abstinenz das « Gamen » betreffend grundsätzlich möglich und hier könne im Rahmen des betreuten Wohnens therapeutisch eine weitere Unterstützung aufgegleist werden. Die von ihm beschriebenen akustischen Halluzinationen würden nur in der Einschlafphase auftreten und ihn nicht beunruhigen. Im Rahmen der aktuellen Untersuchung hätten sich keine Hinweise darauf gefunden (S. 12 f.).

Weiter berichtete Dr. A.\_\_\_\_, die Anpassung an Regeln und Routinen sei bei gut strukturierten Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht eingeschränkt. Anhaltspunkte dafür, dass Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht möglich seien, fänden sich nicht und auch im Rahmen der aktuellen Untersuchung fänden sich keine Hinweise auf eine Beeinträchtigung der Strukturierungsfähigkeit. Flexibilität und

Umstellungsfähigkeit seien leicht bis mittelgradig beeinträchtigt. Die Anwendung fachlicher Kompetenz, die Entscheidungs-, Urteils-, Durchhalte- und Selbstbehauptungsfähigkeit seien bei den beschriebenen Tätigkeiten nicht beeinträchtigt. Interaktions-, Kommunikations-

und die Gruppenfähigkeit seien leicht bis mittelgradig, Selbstversorgung, Mobilität und Wegefähigkeit seien nicht beeinträchtigt (S. 13 f.).

Zur Arbeitsfähigkeit hielt Dr. A.\_\_\_\_ fest, es sei davon auszugehen, dass seit Antragstellung bis Ende des

letzten stationären Aufenthaltes (nach Angaben des Beschwerdeführers am 9. September 2016) in

der J.\_\_\_\_

eine 100% ige Arbeitsunfähigkeit bestanden habe. Ab dem

## **E. 20**

Oktober 2016 habe sich

das psychische Zustandsbild soweit stabilisiert, dass für einfache, gut strukturierte Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt eine 50% ige Arbeitsfähigkeit bei 100 % Leistung

besteh e. Hierfür sei die weitere regelmässige psychotherapeutische Behandlung und Fortsetzung der begonnenen Kombination neuroleptischer und antidepressiver Medikation notwendig. Auch sei das Einstellen des « Gamen » für die Arbeitsfähigkeit unerlässlich, wobei grundsätzlich eine Abstinenzfähigkeit bestehe. Unter diesen Umständen sei auch eine

weitere Stabilisierung möglich, sodass in zwei Jahren, nach einer dann für möglich gehaltenen Steigerung des Arbeitspensums in den beschriebenen Tätigkeiten auf 100 % bei 100 % Leistung, berufliche Massnahmen erwogen werden könnten (S. 14 f.).

Die persönlichen Ressourcen für eine Arbeitsaufnahme mit einem Pensum von 50 % bei 100

% Leistung, seien wieder hergestellt. Für eine Umschulung in einen qualifizierten Beruf, wie zum Beispiel zum Informatiker, bestünden noch keine ausreichenden Ressourcen. Die aktuell durchgeführte Psychotherapie und Psychopharmakotherapie seien lege artis. Soweit den übersandten Unterlagen und den Angaben des Beschwerdeführers zu entnehmen sei, werde die therapeutischen Massnahmen betreffend kooperiert. Psychiatrischerseits würden die therapeutischen Optionen zurzeit ausgeschöpft. Eine krankheitsbedingte Unfähigkeit zur Therapieadhärenz bestehe nicht (S. 15). 4. 4.1

Das Gutachten von Dr. A.\_\_\_\_ vom 2. Dezember 2016 (E. 3.6) beruht auf der

erforderlichen psychiatrischen Untersuchung des Beschwerdeführers. Es wurde in Kenntnis der und nach Auseinandersetzung mit den bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung am 16. März 2017 ergangenen Vorakten (vgl. Urk. 12/53 S. 27) erstattet. Namentlich äusserte sich der Gutachter zur im Raum stehenden Frage einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis und verwarf diese unter Hinweis auf fehlende Denk-,

Affekt- und Wahrnehmungs störung. Dabei legte Dr. A.\_\_\_\_ nachvollziehbar dar, dass sich aufgrund der erhobenen Befunde keine Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis ergeben habe, wovon letztlich auch die Ärzte der J.\_\_\_\_ ausgingen und das Krankheitsbild in Übereinstimmung mit dem Gutachter als Persönlichkeitsstörung fassten (E. 3.4 5).

Der Gutachter setzte sich ferner mit dem Verhalten des Beschwerdeführers auseinander, indem er insbesondere das zumindest zeitweise schädliche Gamen in seine Einschätzung miteinbezog. Insofern ist seine Beurteilung umfassender als jene der Ärzte der J.\_\_\_\_, die zwar das im Leben des Beschwerdeführers offenbar einen erheblichen Raum einnehmende Gamen erwähnten, aber sowohl in diagnostischer Hinsicht als auch im Rahmen der Diagnose der leidensbedingten Einschränkungen ausser Acht liessen.

Auch dessen Einschätzung des depressiven Geschehens, das er als remittiert erachtete, leuchtet ein, vermochte er doch die im Bericht der J.\_\_\_\_ beschriebenen Befunde nicht mehr im gleichen Ausmass zu erheben, was er der erfolgreichen Behandlung zuschrieb (Urk. 12/42 S. 14).

Damit entspricht die Expertise

grundsätzlich den bundesgerichtlichen Vorgaben an ein beweiskräftiges Gutachten (vgl. BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis). 4.2

#### 4.2.1

Dr. B.\_\_\_\_ diagnostizierte in Abweichung sowohl von Dr. A.\_\_\_\_ als auch alle n anderen Ärzten neben einer depressiven Störung auch eine Agoraphobie (vgl. E. 3.1 sowie E. 3.2 – E. 3.6). Aus ihrem Bericht geht jedoch hervor, dass sie die Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers auf seine depressive Störung zurückführt. Da sie der Agoraphobie keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zugemessen hat, was für die Zumutbarkeitsbeurteilung letztlich allein ausschlaggebend ist, vermag ihre Beurteilung das Gutachten von Dr. A.\_\_\_\_

nicht in Frage zu stellen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_677/2014 vom 29. Oktober 2014 E.

#### **E. 25**

; vgl. auch Urk. 12/26 S. 1) – sich erneut für berufliche Massnahmen anzumelden. 7.

Die Verfahrenskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind auf Fr. 800.-- festzusetzen. Diese sind ausgangsgemäss dem Beschwerdeführer aufzuerlegen, infolge der bewilligten unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen.

Nach § 34 Abs. 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) bemisst sich die Höhe der gerichtlich festzusetzenden Entschädigung nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens, jedoch ohne Rücksicht auf den Streitwert. Gemäss § 8 in Verbindung mit § 7 Abs. 1 der Verordnung über die Gebühren, Kosten und Entschädigungen vor dem Sozialversicherungsgericht (GebV

SVGer) wird - auch im Rahmen der unentgeltlichen Rechtsvertretung - namentlich für unnötigen Aufwand kein Ersatz gewährt.

Der von Rechtsanwalt Laurent Häusermann, St. Gallen, mit Eingabe vom 11. Juli 2018 (Urk.

### **E. 29**

) geltend gemachte Aufwand von rund 19 Stunden  
und Fr. 190.70

Unkostenpauschale ( Urk.

### **E. 30**

) ist der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses nicht angemessen. Namentlich erscheint ein Aufwand von gut 4,5 Stunden für das Verfassen der 2-seitigen Replik als überhöht .

Die Vergütung in diesem Verfahren von Korrespondenz mit am Verfahren unteiligten Dritten – soweit diese überhaupt erforderlich war – fällt ausser Acht. Die Rechnungsstellung wird nicht entschädigt .

Angesichts der zu studierenden 76 Aktenstücke der Beschwerdegegnerin, der etwa 8-seitigen Beschwerdeschrift und der 2-seitigen Replik , den Aufwendungen im Zusammenhang mit dem Gesuch um unentgeltliche Rechtsverteidigung sowie der in ähnlichen Fällen zugesprochenen Beträgen ist die Entschädigung bei Anwendung des gerichtlichen Stundenansatzes von Fr. 220.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) auf Fr. 3'300.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen.

Der Beschwerdeführer ist auf § 16 Abs. 4 GSVGer hinzuweisen, wonach er zur Nachzahlung der Gerichtskosten sowie der Auslagen für die Vertretung verpflichtet werden kann, sofern er dazu in der Lage ist. Das Gericht erkennt:

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