



Fall-Nr.: IV 2013/507
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 11.05.2020
Entscheiddatum: 27.02.2015

Entscheid Versicherungsgericht, 27.02.2015

Art. 28 IVG. Würdigung eines Gutachtens. Abweisung des Anspruchs auf Rente und Nichteintreten auf den Antrag auf berufliche Massnahmen (Entscheid Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen vom 27. Februar 2015, IV 2013/507).

Präsidentin Lisbeth Mattle Frei, Versicherungsrichterinnen Miriam Lendfers und

Marie Löhner; Gerichtsschreiberin Jeannine Bodmer

Entscheid vom 27. Februar 2015

in Sachen

A.____,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Dieter Studer, Studer Anwälte AG, Hauptstrasse 11a, 8280 Kreuzlingen,

gegen

IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen,

Beschwerdegegnerin,

betreffend

Rente



Sachverhalt:

A.

A.a A.____ meldete sich am 1. Dezember 2008 zum Bezug von Invalidenleistungen (Massnahmen für die berufliche Eingliederung, Rente) an, nachdem ihm am 5. Juni 2008 eine Hüft-Totalprothese rechts bei Dysplasie-Coxarthrose implantiert worden war (IV-act. 1 f.). Mit Schreiben vom 21. Oktober 2008 hatte ihm die Arbeitgeberin das Arbeitsverhältnis als Gipser per 30. November 2008 gekündigt (IV-act. 12-12).

A.b Am 22. Juni 2009 wurde der Versicherte nach einem Suizidversuch mit dem Medikament Dormicum und Schnittwunden an den volaren Handgelenken beidseits notfallmässig in der Ambulanz des Kantonsspitals St. Gallen (KSSG) in B.____ behandelt (IV-act. 38-7). Gemäss dem Bericht des Psychiatrischen Zentrums C.____ vom 23. Juni 2009 wurden beim Versicherten in psychiatrischer Hinsicht folgende Diagnosen festgestellt: Störungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen (aktuell vorwiegend Heroin, Benzodiazepine; ICD-10 F19.25), eine Anpassungsstörung mit vorwiegender Beeinträchtigung von anderen Gefühlen (ICD-10 F43.23) bei psychosozialer Belastungssituation (ICD-10 Z73.4) und vermuteter Beziehungsproblematik (ICD-10 Z63.0), ein Status nach vorsätzlicher Selbstvergiftung durch Überdosis Heroin, Benzodiazepine (ICD-10 X61) und nach vorsätzlicher Selbstbeschädigung durch scharfen Gegenstand (22.06.2009; Z63.0) am 22.06.2009. In somatischer Hinsicht enthielt der Bericht die Diagnosen eines anamnestischen Status nach Hüftoperation (2008), einen Status nach infizierter tiefer Beinvenenthrombose (04/09), einen Status nach Pneumonie links (04/09), eine Hepatitis C (ED 04/09) sowie erweiterte extrahepatische Gallenwege unklarer Ätiologie (ED 04/09). Eine Entzugsbehandlung in der Psychiatrischen Klinik D.____ lehnte der Versicherte ab (IV-act. 38-9 ff.).

A.c Mit Stellungnahme vom 7. September 2009 hielt RAD-Arzt Dr. med. E.____ fest, dass mehr oder weniger ein stabiler Gesundheitszustand bzw. noch ein gewisses Besserungspotential bestehe. Spätestens ab Oktober sollte ein stabiler Gesundheitszustand erreicht sein. Nach vollständiger Stabilisierung des Gesundheitszustands könne eine praktisch vollständige Arbeitsfähigkeit erzielt werden.



St.Galler Gerichte

Auf Grund der unklaren Situation bezüglich der Suchtproblematik sei durch den Hausarzt ein Drogenscreening (Urinprobe) durchzuführen (IV-act. 39).

A.d Laut dem Bericht des Hausarztes Dr. med. F.____, Allgemeinmedizin FMH, vom 29. November 2009 war der Versicherte opiatabhängig. Er mache eine kantonsärztlich bewilligte Ersatztherapie mit Methadon (60mg/d). Von Alkohol sei er nicht abhängig, habe aber in Krisenzeiten zum psychischen Ausgleich regelmässig welchen konsumiert. Gemäss dem durchgeführten Drogenscreening habe er sich vorbildlich an eine völlige Abstinenz von THC, Kokain, Opiaten und Alkohol halten können. Im Weiteren hielt der Hausarzt fest, dass für den Versicherten eine regelmässige Arbeit wichtig wäre (IV-act. 49). In der Stellungnahme vom 6. März 2010 befand der Hausarzt den Versicherten als in einer adaptierten Tätigkeit ganztags arbeitsfähig. Dies werde zurzeit durch das RAV getestet (IV-act. 53).

A.e Bis Ende Oktober 2010 absolvierte der Versicherte während sechs Monaten via RAV ein Einsatzprogramm im Sohomet, wobei er sich sehr fleissig und motiviert gezeigt habe. Ab 29. Oktober 2010 arbeitete er im Rahmen eines 50%-Pensums im Stundenlohn als Spezialreiniger und Bauarbeiter ohne Fachwissen. Am 28. Februar 2011 schloss die Eingliederungsverantwortliche nach Rücksprache mit der IV-Sachbearbeiterin und dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) den Fall ab. Leider sei es zurzeit trotz intensiver Unterstützung nicht möglich, für den Versicherten eine Arbeitsstelle auf dem 1. Arbeitsmarkt zu generieren (IV-act. 63, 67, 68). Mit Schreiben vom 1. April 2011 wurde dem Versicherten der Abschluss der Arbeitsvermittlung mitgeteilt (IV-act. 74).

A.f Mit Vorbescheid vom 1. April 2011 stellte die IV-Stelle dem Versicherten in Aussicht, das Rentenbegehren gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 0% abzuweisen (IV-act. 77).

A.g Gegen diesen Entscheid liess der Versicherte durch Rechtsanwalt lic. iur. D. Studer Einwand erheben. Der Rechtsvertreter stützte sich dabei auf einen Bericht von Dr. med. G.____ vom 14. April 2011, welcher den Versicherten am 13. April 2011 zu einer ausführlichen Exploration gesehen hatte. Seit Oktober 2009 sei der Versicherte bei H.____, einem Mitarbeiter von Dr. G.____, in psychotherapeutischer Behandlung.



St.Galler Gerichte

Diagnostisch sei von einer massiv gestörten Wahrnehmung auszugehen, die sich vor allem im Denken, Fühlen und Handeln ausdrücke, mit Schwerpunkt von abhängigen und unreifen Mustern. Dr. G. ___ schätzte den Versicherten zu mindestens 70% arbeitsunfähig; höchstens in einem geschützten Rahmen sei er zu 50% einsetzbar (IV-act. 80).

A.h Gestützt auf diese neuen Diagnosen empfahl RAD-Arzt Dr. med. I. ___, Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie u. -psychotherapie, in der Stellungnahme vom 19. Mai 2011 die Durchführung einer polydisziplinären Begutachtung (IV-act. 81).

A.i Vom 19. bis 25. Oktober 2011 war der Versicherte wegen einer zentralen bilateralen Lungenembolie (CT vom 19.10.11) im Spital J. ___ hospitalisiert (IV-act. 89-2 f.)

A.j Nachdem das ABI (Ärztliches Begutachtungsinstitut GmbH), Basel, den Versicherten im Auftrag der IV-Stelle direkt mit Schreiben vom 9. November 2011 zur Begutachtung eingeladen und ihn über die Namen der Gutachter informiert hatte (IV-act. 85), verlangte der Rechtsvertreter des Versicherten mit Schreiben vom 8. Dezember 2011 die Gewährung der Mitsprache und die Einräumung einer angemessenen Äusserungsfrist (IV-act. 88). Mit Zwischenverfügung vom 7. März 2012 hielt die IV-Stelle demgegenüber an der gewählten Abklärungsstelle fest (IV-act. 92). Die dagegen vom Rechtsvertreter für den Versicherten erhobene Beschwerde vom 5. April 2012 hiess das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen mit Urteil vom 5. Juni 2012 in dem Sinne gut, als es die Sache zur Durchführung eines korrekten Einigungsverfahrens hinsichtlich der Gutachtensanordnung an die IV-Stelle zurückwies (IV-act. 98). In der Folge ermittelte die IV-Stelle die Gutachterstelle ohne Mitwirkung des Versicherten aufgrund des Zufallsprinzips (IV-act. 104).

A.k Am 26. Februar, 4., 7. und 11. März 2013 wurde der Versicherte durch das BEGAZ Begutachtungszentrum BL in allgemeinmedizinischer, rheumatologischer, orthopädischer und psychiatrischer Hinsicht begutachtet. Als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hielten die BEGAZ-Gutachter im Gutachten vom 28. März 2013 Restbeschwerden in der rechten Hüfte bei einem Status nach Hüft-TP rechts bei Dysplasie-Coxarthrose am 5.06.2008 fest. Insgesamt seien dem Versicherten



St.Galler Gerichte

medizinisch-theoretisch seit Dezember 2008 leichte bis intermittierend mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten vollumfänglich zumutbar. Ungünstig seien Arbeiten in Zwangshaltung und Tätigkeiten in absturzgefährdeter Position, wo gelegentliche Sprünge aus grösserer Höhe unumgänglich seien auf Grund der Hüftprothese jedoch vermieden werden sollten (IV-act. 113-34 ff.)

A.l Gestützt auf das Gutachten kam RAD-Arzt Dr. I.____ mit Stellungnahme vom 23. Mai 2013 zum Schluss, dass keine Verschlechterung des Gesundheitszustands eingetreten sei. Die vorbestehende Arbeitsfähigkeit von 100% adaptiert gelte ab Dezember 2008 (IV-act. 115).

A.m In der Stellungnahme vom 4. Juli 2013 machte der Rechtsvertreter des Versicherten gestützt auf die Berichte des Psychiaters Dr. G.____ vom 5. Juni 2013 (IV-act. 120-5 ff.) und des Hausarztes Dr. F.____ vom 9. Juni 2013 (IV-act. 120-9 f.) geltend, es könne nicht auf das Gutachten abgestellt werden. Vielmehr sei eine ausführliche Exploration unter stationären Bedingungen durchzuführen, ansonsten eine ganze Rente mangels Verwertbarkeit einer allfälligen Resterwerbsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zuzusprechen sei (IV-act. 120-1 ff.).

A.n Mit Bezug auf diese Berichte der behandelnden Ärzte hielt RAD-Arzt Dr. I.____ am 8. Juli 2013 fest, dass die Ausführungen von Dr. G.____ nicht geeignet seien, die Validität des psychiatrischen BEGAZ-Gutachtens in Zweifel zu ziehen. Jedoch sei die somatische Situation nach der stationären Behandlung vom 27. bis 31. Mai 2013 wegen massiver Beinschmerzen rechts und allgemeiner Schwäche bei teils noch ausstehenden medizinischen Resultaten abklärungsbedürftig (IV-act. 121).

A.o Gemäss dem Bericht der Klinik für Neurologie des KSSG vom 25. Juli 2013 war anlässlich der Untersuchung vom 24. Juli 2013 keine eindeutige Einordnung der Schmerzen möglich (IV-act. 123-8 f.). Dr. F.____ befand im Arztbericht vom 30. August 2013, aktuell sei keine Arbeitsfähigkeit mehr gegeben. Wenn, dann (lediglich) Teilzeit (3 - 4 Std) und mit reduzierter Leistung (IV-act. 123-3). Dr. I.____ kam nach Einsicht in die neuen Befundberichte zum Schluss, dass sich keine neuen medizinischen Tatsachen ergäben. Es könne an der Arbeitsfähigkeit von 100% adaptiert festgehalten werden,



denn Dr. F.____ begründe seine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit/Arbeitsunfähigkeit nicht (IV-act. 124).

A.p Mit Verfügung vom 13. September 2012 (korrekt: 2013) wies die IV-Stelle den Anspruch auf eine Invalidenrente im Sinne des Vorbescheids ab. Gestützt auf die Stellungnahme des RAD sei der Versicherte weiterhin in einer adaptierten Tätigkeit zu 100% arbeitsfähig (IV-act. 125).

B.

B.a Gegen diese Verfügung richtet sich die vorliegende Beschwerde vom 15. Oktober 2013. Der Rechtsvertreter des Versicherten beantragt darin die Aufhebung der angefochtenen Verfügung sowie die Ausrichtung einer ganzen Rente ab 1. Juni 2009. Eventualiter seien dem Beschwerdeführer berufliche Massnahmen zuzusprechen. Subeventualiter sei die Sache zur Vornahme ergänzender beruflicher und medizinischer Abklärungen und anschliessender neuer Verfügung an die Verwaltung zurückzuweisen. Subsubeventualiter sei durch das Gericht ein Obergutachten einzuholen; unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin. Zur Begründung machte der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers im Wesentlichen geltend, der psychiatrische Gutachter sei zu sehr an der Oberfläche geblieben und die psychiatrische Begutachtung sei in zeitlicher Hinsicht zu kurz gewesen. Der Gutachter habe sich nicht hinreichend mit den Tatsachenelementen auseinandergesetzt, welche zur Diagnose einer Persönlichkeitsstörung von Dr. G.____ und zur Arbeitsunfähigkeitsschätzung von 70% geführt habe. Auf Grund der nachvollziehbaren Angaben von Dr. G.____ bestehe vor dem Hintergrund der Anamnese und des Krankheits- und Behandlungsverlaufs sowie der Fremdanfragen keine verwertbare Resterwerbsfähigkeit von über 30% des Valideneinkommens, weshalb ein Anspruch auf eine ganze Rente gegeben sei (act. G 1).

B.b Mit Beschwerdeantwort vom 3. Dezember 2013 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Sie hielt fest, der Beschwerdeführer sei in der Lage gewesen, die Schule und ab 1982 bis 1987 in Italien eine Ausbildung in Innenarchitektur zu absolvieren. Demnach hätte eine Persönlichkeitsstörung, selbst wenn eine solche vorläge, auf jeden Fall keinen



massgeblichen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers, wie auch der RAD überzeugend dargelegt habe. Schliesslich bestehe kein Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, weil der Beschwerdeführer in einer körperlich leichten bis intermittierend mittelschweren wechselbelastenden Tätigkeit voll arbeitsfähig sei (act. G 5).

B.c In der Replik vom 6. Januar 2014 hielt der Beschwerdeführer an seinen Anträgen fest. Im Weiteren machte er geltend, aus den Akten und den Zusatzfragen an den psychiatrischen Gutachter Dr. med. K.____ gehe klar eine Vorverurteilung von Dr. G.____ und ein Erwartungsdruck an den Gutachter, diesen zu widerlegen, hervor. Damit liege eine unzulässige Suggestivfrage an den psychiatrischen Gutachter vor, weshalb insbesondere auf das psychiatrische Teilgutachten nicht abgestellt werden könne (act. G 8).

B.d Die Beschwerdegegnerin hat auf die Einreichung einer Duplik verzichtet (act. G 10).

Erwägungen:

1.

Streitig und zu prüfen ist vorliegend die Frage, ob ein Anspruch des Beschwerdeführers auf Invalidenrente besteht.

1.1 Unter Invalidität wird die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit verstanden (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Erwerbsunfähigkeit ist der durch eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 ATSG).

1.2 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des



Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen). Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgericht 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 in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen).

1.3 Nach Art. 28 Abs. 2 IVG 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 ein Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% ein Anspruch auf eine Viertelsrente.

1.4 Der Sozialversicherungsprozess ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach haben Gericht und Verwaltung von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen (Urteil des Bundesgerichts vom 1. April 2011, 8C_73/2011, E. 4.1). Wenn der entscheidrelevante Sachverhalt ungenügend abgeklärt wurde, kann das Gericht die Angelegenheit zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückweisen.

2.

2.1 Vorliegend ist zu prüfen, ob die medizinische Aktenlage eine rechtsgenügende Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers erlaubt. Der



Rechtsvertreter des Beschwerdeführers bemängelt vorab am psychiatrischen Teilgutachten, dass ihm nach Abzug der Übersetzungen durch eine Dolmetscherin bzw. der jeweiligen Wiederholungen der Fragen des Gutachters und der Antworten des Beschwerdeführers durch die Dolmetscherin lediglich ein halb- bis dreiviertelstündiges Explorationsgespräch zu Grunde liege (act. G 1 S. 5 f.). Wie das Bundesgericht mehrmals festhielt, kann es für den Aussagegehalt eines Arztberichts im Allgemeinen nicht auf die Dauer der Untersuchung ankommen. Massgeblich sei vielmehr, ob der Bericht inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig sei (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG, seit 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 17. November 2006, I 719/05, E. 3, vgl. auch Urteile vom 14. November 2007, I 1094/06, E. 3.1.1, vom 19. September 2006, I 192/06, E. 3 und vom 9. August 2006, I 391/06, E. 3.2.2). Wohl trifft es zu, dass für eine psychiatrische Untersuchung je nach Fragestellung und Psychopathologie ein hoher Zeitaufwand erforderlich sein kann. Dass im vorliegenden Fall der psychiatrische Gutachter zu wenig Zeit für die Untersuchung aufgewendet hätte, erscheint nicht begründet. Wie im Teilgutachten von Dr. K.____ vom 13. März 2013 angegeben, fand die psychiatrische Untersuchung am 11. März 2013 zwischen 13.00 und 14.30 Uhr im Beisein einer Dolmetscherin der HEKS statt, welche von der italienischen Sprache in die deutsche übersetzt habe. Der Beschwerdeführer habe die Dolmetscherin zwar wiederholt in Anspruch genommen, jedoch habe er sich auch in der deutschen Sprache zu verständigen versucht (vgl. IV-act. 113-37 und 113-42). Dass sich die reine Untersuchungszeit somit lediglich auf eine halbe bis eine Dreiviertelstunde beschränkt hätte, erscheint nicht plausibel. Wie aus dem Gutachten hervorgeht, informierte sich Dr. K.____ im Weiteren durchaus über die Kindheit des Beschwerdeführers. Zudem stützte er sich nicht nur auf seine eigenen Untersuchungen, sondern auch auf die vorhandenen übrigen Akten. Daraus hat er auf Grund seiner Ausführungen genügend Erkenntnisse für eine schlüssige und nachvollziehbare Beurteilung gewonnen. Die Argumentation des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers bezüglich einer zu kurzen und zu oberflächlichen Untersuchung vermag damit den Beweiswert des Gutachtens nicht zu schmälern.

2.2 Das BEGAZ-Gutachten stellt als zentrale Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einzig die Restbeschwerden der rechten Hüfte bei einem Status nach Hüft-Totalprothese rechts bei Dysplasie-Coxarthrose am 5. Juni 2008 dar. Ohne



Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit führt es eine leichtgradige Genua vara bei chondropathischen Kniegelenksveränderungen beidseits, einen Status nach Kontusion der linken Hand bei einem Velosturz mit aktueller Schwellung im Bereich MCP III (Unfall vor einigen Tagen), eine Opiatabhängigkeit, zurzeit substituiert mit Methadon (ICD-10 F 11.22), eine Sedativa-Abhängigkeit (ICD-10 F 13.24) sowie einen Status nach Störung durch multiplen Substanzgebrauch (ICD-10 F19.20) auf (IV-act. 113-34).

Demgegenüber diagnostizierte Dr. G.____ im Bericht vom 14. April 2011 eine schwere kombinierte Persönlichkeitsstörung vom abhängigen und schizoiden Typus mit unreifen Anteilen (ICD-10 F61.0), eine rezidivierende depressive Episode gemischt mit Angst (ICD-10 F33.1), einen Status nach langjähriger Substanzabhängigkeit, aktuell im Methadonprogramm (ICD-10 F19.22) sowie eine Hepatitis C. Infolge dieser Diagnosen sei der Beschwerdeführer zu mindestens 70% arbeitsunfähig; höchstens im geschützten Rahmen sei er zu 50% arbeitsfähig (IV-act. 80-5).

2.3 Dr. K.____ hielt in seinem Teilgutachten vom 13. März 2013 fest, dass der Grund für die seit der Pubertät vorhandene Suchtstörung des Beschwerdeführers nicht klar sei. Vom Beschwerdeführer könne zumindest nicht in Erfahrung gebracht werden, dass er aus irgendwelchen psychischen Auffälligkeiten heraus einen Drogenkonsum aufgenommen habe. Sicher habe er in der Folge wiederholt unter Verstimmungszuständen gelitten, die aber im Rahmen der Abhängigkeitserkrankung interpretiert werden müssten und meistens bei derartigen Störungen zu sehen seien. Es handle sich demnach um eine sekundäre Folge. Hinweise darauf, dass eine primäre psychische Störung vorliege, womit der Drogenkonsum begründet werden könne, liessen sich weder von ihm noch fremdanamnestisch in Erfahrung bringen. Aus diesem Grund könne die Beurteilung von Dr. G.____ nicht geteilt werden, dass es sich beim langjährigen Drogenkonsum um einen Behandlungsversuch von schweren depressiven Episoden handle. Hinsichtlich der Diagnose einer schweren kombinierten Persönlichkeitsstörung vom abhängigen und schizoiden Typus mit unreifen Anteilen konnte Dr. K.____ im Psychostatus keine dafür notwendigen Auffälligkeiten sehen. Auch fänden sich anamnestisch keine Hinweise zur Begründung dieser Diagnose. Bei Persönlichkeitsstörungen sei es zudem wichtig, möglichst fremdanamnestische Hinweise für auffällige Persönlichkeitsanteile zu finden. Die auffällige Persönlichkeit dürfte auch nicht im Zusammenhang mit einem allfälligen Drogenkonsum interpretiert werden, was aber beim Beschwerdeführer durchaus der Fall sein könnte. Immerhin



habe er nach seinen Angaben jahrelang bis zum exzessiven Ausmass Kokain eingenommen, was massive Persönlichkeitsveränderungen zur Folge habe, solange der Konsum andauere. Daher sei die Diagnose einer schweren Persönlichkeitsstörung aus gutachterlicher Sicht nicht nachzuvollziehen. Werde die Anamnese betrachtet, sei der Beschwerdeführer bis zur Hüftoperation im Jahre 2008 meistens beruflich tätig gewesen. Es sei teilweise zu Unterbrüchen wegen des Drogenkonsums gekommen, jedoch nicht in längerem Ausmass. Dies zeige auf, dass der Explorand, auch wenn die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung angenommen würde, trotzdem in der Lage gewesen sei, einer Tätigkeit nachzugehen. Es lasse sich heute nicht begründen, weswegen er dann infolge der Persönlichkeitsstörung plötzlich nicht mehr in der Lage sein sollte, einer Arbeit nachzugehen; zumal er nun auch den Drogenkonsum weitgehend habe vermindern können. Den Suizidversuch im Juni 2009 beurteilte Dr. K.____ im Rahmen der belastenden psychosozialen Situation mit Drogenkonsum und unklarer Zukunftsperspektiven. Er selber sehe seinen damaligen Fehler ein. Als Folge habe er danach den Drogenkonsum weitgehend stoppen und auch eine psychologische Behandlung aufnehmen können. Insgesamt kommt der psychiatrische Gutachter zum Schluss, dass keine primäre und sekundäre psychische Störung festgestellt werden könne, womit eine allfällige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründet werden könnte (IV-act. 113-44 ff.).

2.4 Entgegen dieser gutachterlichen Beurteilung machte Dr. G.____ geltend, der Beschwerdeführer sei psychopathologisch hoch auffällig. Eine Persönlichkeitsstörung werde definiert durch eine Störung in der Wahrnehmung, im Denken, Fühlen und in der Beziehung zu anderen, die häufig mit einem persönlichen Leiden einhergehe oder dazu führe. Eine an einer gestörten Wahrnehmung leidende Person könne durch den psychopathologischen Befund, Fremdanamnesen oder den Lebenslauf erkannt werden. Dabei sei der psychopathologische Befund mit grosser Vorsicht zu geniessen, weil die Wahrnehmungsstörung bei einer einzigen Exploration oft nicht genau erkennbar sei. Dies treffe auf den Beschwerdeführer zu. Ohne Kenntnis seiner Geschichte und seiner Erkrankung würde beim ersten Treffen der Anschein erweckt, dass nach seinen Angaben sein wirkliches Problem "nur" seine Hüftschmerzen seien. Er habe früher viel gearbeitet und sei gut durchs Leben gekommen. Werde aber seine gestörte Wahrnehmung mit einbezogen, würden diese Angaben in keiner Weise mit seinem realen Leben übereinstimmen. Auch habe Dr. G.____ grosse Zweifel an der



früheren Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers. Er gehe vielmehr davon aus, dass der Beschwerdeführer schon immer nur zu einem geringen Prozentsatz arbeitsfähig gewesen und an den Arbeitsstellen eher geduldet worden sei. Die vielen Arbeitsunterbrüche würden eher in diese Richtung weisen. Auf Grund der offensichtlichen Störungen in verschiedenen Bereichen sei von einer kombinierten Persönlichkeitsstörung auszugehen. Auffallend seien seine Vorstellungen vom Leben, die nicht einer reifen verantwortungsvollen erwachsenen Person entsprächen, sondern eher dem Entwicklungsstand eines zwölfjährigen Jungen. Auch die Anamnese bzw. der Lebenslauf weisen gemäss Dr. G. ___ als weiteres Indiz auf die Persönlichkeitsstörung hin. Schon im Alter von zehn Monaten hätten sich die Eltern getrennt und sei der Verlust der Mutterbindung eingetreten. Er sei dann bei der Grossmutter aufgewachsen, welche ihn als Wiedergeburt eines verstorbenen Sohnes betrachtet habe. Diese Fakten würden aus analytischer Sicht zur Verhinderung der Entwicklung des Urvertrauens führen mit dem folgenden gestörten Bindungsverhalten zu Menschen und zu sich selber. Schliesslich sei, um den Grund für den Drogeneinstieg im Alter von 15 Jahren erfahren zu können, auf die Angaben des Beschwerdeführers abzustellen. Diese seien eindeutig, gebe er doch an, an innerer Leere, ständigem Gedankenkreisen und Langeweile gelitten zu haben. Das deute ganz klar auf ein depressives Geschehen hin. Genauere Angaben könnten von einer Person mit schizoider Wahrnehmung, die Schwierigkeiten im Erkennen von Gefühlen habe, nicht erwartet werden. Denn, wenn nicht die Depression die Ursache des Einstiegs in den Drogenkonsum gewesen sei, wie der Gutachter behaupte, dann stelle sich gleich die Frage, was es denn sei (IV-act. 120-5 ff.).

2.5 Persönlichkeitsstörungen nach ICD-10 F60 erfassen verschiedene Persönlichkeitsbereiche und gehen beinahe immer mit ausgeprägten persönlichen Leiden und sozialen Beeinträchtigungen einher. Sie treten meist in der Kindheit oder in der Adoleszenz in Erscheinung und bestehen während des Erwachsenenalters weiter. Gemäss den Diagnostischen Kriterien G1 weichen die charakteristischen und dauerhaften inneren Erfahrungs- und Verhaltensmuster der Betroffenen insgesamt deutlich von kulturell erwarteten und akzeptierten Vorgaben ("Normen") ab. Diese Abweichung äussert sich in mehr als einem der folgenden Bereiche: 1. Kognition (d.h. Wahrnehmung und Interpretation von Dingen, Menschen und Ereignissen; entscheidende Einstellungen und Vorstellungen von sich und anderen); 2. Affektivität



(Variationsbreite, Intensität und Angemessenheit der emotionalen Ansprechbarkeit und Reaktion); 3. Impulskontrolle und Bedürfnisbefriedigung; 4. Die Art des Umganges mit anderen Menschen und die Handhabung zwischenmenschlicher Beziehungen (Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen, 5. Aufl. Bern 2010, S. 234 f.). RAD-Arzt Dr. I.____ hielt in der Stellungnahme vom 8. Juli 2013 bezüglich der Ausführungen von Dr. G.____ vom 5. Juni 2013 fest, dass dieser sich förmlich auf eine "gestörte Wahrnehmung" des Beschwerdeführers und damit auf die in Punkt 1 definierte "Kognition" versteife. Jedoch habe Dr. G.____ eine Störung der Kognition durch keine überzeugenden Beispiele dargestellt. So könne die Tatsache, dass der Beschwerdeführer oft nicht zur Therapie erscheine, genauso gut darin begründet sein, dass es ihm an Therapiemotivation bzw. -einsicht mangle. Zudem habe der Beschwerdeführer selbst gegenüber den Gutachtern geäussert, er habe es bei seinen Grosseltern sehr gut gehabt und die Kindheit insgesamt in guter Erinnerung. Wenn nun Dr. G.____ zur Auffassung gelange, dass es aus analytischer Sicht wegen der Unterbringung des Beschwerdeführers im Baby-Alter (hier würden die Angaben gegenüber den Gutachtern über den 7. und 10. Monat schwanken) bei den Grosseltern in Italien zur Verhinderung der Entwicklung eines Urvertrauens gekommen sei, stehe dies in scharfem Kontrast dazu. Für Dr. I.____ war nicht der Wechsel von den Eltern zu den Grosseltern entscheidend, sondern die Konstanz der Bezugspersonen besonders in den ersten drei Lebensjahren. Diese sei offenbar nicht zu bestreiten, nachdem der Beschwerdeführer sich bis zur Erkrankung der Grossmutter in Italien aufgehalten habe und erst als 20-jähriger dem Vater in die Schweiz gefolgt sei. So führe die Hypothese von einer in die Kindheit zurückreichenden Persönlichkeitsstörung mittels der Argumentation von Dr. G.____ sowie auch der Biographie des Beschwerdeführers ins Leere. Schon gar nicht könne auf ein gestörtes Bindungsverhalten abgestellt werden. Immerhin lebe der Beschwerdeführer seit zwei Jahren in einer Beziehung und habe mehrere unterhalten, was jedoch nicht in Zusammenhang mit einer Persönlichkeitsstörung zu bringen sei (IV-act. 121).

2.6 Weiter befand Dr. I.____, dass die von Dr. G.____ aufgeführten Zweifel an einer früher bestehenden Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers alleine keine Beweise darstellten. Der Beschwerdeführer habe seine schulische Weiterbildung (nach fünf Jahren Kunstschule/Innenarchitektur) in Italien abgebrochen und sei wegen der Erkrankung seiner Grossmutter und zur Umgehung des Militärdienstes 19__ in die Schweiz



gekommen. Er habe neun Jahre in einem Metall verarbeitenden Betrieb gearbeitet, sei 19__ wegen seiner Drogenproblematik nach Italien zurückgekehrt, um dort einen Entzug zu machen, und habe sechs Jahre als Plattenleger in Italien gearbeitet. Danach sei er nach einem kurzen Aufenthalt in Österreich ab 2004 bis zur Hüftoperation im Jahr 2008 wieder in der Schweiz tätig gewesen. Es entspreche somit wiederum nicht den Tatsachen, wenn hieraus häufige persönlichkeitsbedingte Beschäftigungsabbrüche konstruiert würden. Schliesslich bestritt Dr. I.__ auch die Begründung, welche der behandelnde Psychiater für die Existenz einer Depression vor dem Suchtmittelkonsum vorbringe. Würde die Angabe des Beschwerdeführers, er habe als 15-Jähriger unter innerer Leere, ständigem Gedankenkreisen und Langeweile gelitten, als ein depressives Geschehen gedeutet, müsse wohl die gesamte Pubertät und Adoleszenz als ein depressives Geschehen apostrophiert werden (IV-act. 121).

2.7 Auch wenn die Ausführungen von Dr. I.__ teils auf eine gewisse Voreingenommenheit gegenüber Dr. G.__ schliessen lassen, erscheinen sie insgesamt und namentlich die Beurteilung im BEGAZ-Gutachten als schlüssig und nachvollziehbar. Da eine Fremdanamnese auf Grund der Umstände vorliegend nicht möglich ist, muss hinsichtlich des Lebenslaufs auf die in sich schlüssigen Angaben des Beschwerdeführers abgestellt werden. Bei der Würdigung der medizinischen Situation fällt ins Gewicht, dass das BEGAZ-Gutachten auf umfassender Aktenkenntnis sowie interdisziplinären eigenen Untersuchungen beruht, das gesamte Leidensbild des Beschwerdeführers berücksichtigt und die auf dieser Grundlage gezogenen Schlüsse nachvollziehbar sind. Gestützt darauf besteht daher kein Anlass für weitere medizinische Abklärungen, wie sie vom Beschwerdeführer subsubeventualiter beantragt wurden (vgl. act. G 1).

2.8 Schliesslich ergaben auch die Hospitalisation des Beschwerdeführers vom 27. bis 31. Mai 2013 im Departement Innere Medizin / Allgemeine Innere Medizin / Hausarztmedizin des KSSG und seine Untersuchung vom 24. Juli 2013 in der Neurologie des KSSG keine neuen medizinischen Tatsachen, die an der Beurteilung des BEGAZ-Gutachtens etwas ändern würden (vgl. IV-act. 123 und Stellungnahme von Dr. I.__ vom 12. September 2013, IV-act. 124). Damit ist beim Beschwerdeführer von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten auszugehen (vgl. IV-act. 113-36, 115-2). Davon geht wohl auch der Hausarzt aus; nach ihm hat sich die



Suchtproblematik in den vergangenen vier Jahren verschlechtert (vgl. IV-acht 130-19). Diese ist indessen bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit aus medizinisch-theoretischer Sicht nicht einzubeziehen, nachdem die Sucht keine Folge einer psychischen Erkrankung ist und (bislang) zu keinen Folgekrankheiten mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit geführt hat.

3.

Bei einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit resultiert keine rentenbegründende Erwerbseinbusse, wäre doch beim zumutbaren Invalideneinkommen ein Leidensabzug auf Grund der nur noch leichten bis intermittierend mittelschweren, wechselbelastenden Tätigkeiten (vgl. IV-act. 113-36) von nicht mehr als 10% begründet. Damit kann offen bleiben, von welchem konkreten Validen- und Invalideneinkommen auszugehen wäre. Der Beschwerdeführer hat somit keinen Anspruch auf eine Rente.

4.

4.1 Der Beschwerdeführer beantragt als Eventualbegehren die Gewährung beruflicher Massnahmen (act. G 1).

4.2 Im verwaltungsgerichtlichen Beschwerdeverfahren sind grundsätzlich lediglich Rechtsverhältnisse zu überprüfen bzw. zu beurteilen, zu denen die zuständige Verwaltungsbehörde vorgängig verbindlich - in Form einer Verfügung - Stellung genommen hat. Insoweit bestimmt die Verfügung den beschwerdeweise weiterziehbaren Anfechtungsgegenstand. Umgekehrt fehlt es an einem Anfechtungsgegenstand und somit an einer Sachurteilsvoraussetzung, wenn und insoweit keine Verfügung ergangen ist (BGE 131 V 164 E. 2.1).

4.3 Was die Ansprüche auf berufliche Massnahmen oder andere Eingliederungsmassnahmen anbelangt, so sind diese nicht Gegenstand der Verfügung vom 13. September 2013 (IV-act. 125). Im Hinblick darauf, dass die angefochtene Verfügung von einem nicht rentenbegründenden Invaliditätsgrad ausgeht, ist die Frage betreffend berufliche Massnahmen auch nicht notwendigerweise deren Gegenstand. Unter diesen Umständen ist der Anspruch auf berufliche Massnahmen sowie andere



Eingliederungsmassnahmen nicht Anfechtungsgegenstand des vorliegenden Verfahrens, weshalb auf den entsprechenden Beschwerdeantrag nicht einzutreten ist. Hinzuweisen ist lediglich darauf, dass der Beschwerdeführer bei der Beschwerdegegnerin erneut einen Antrag auf berufliche Massnahmen stellen kann, sofern sich an der Situation, wie sie sich im Zeitpunkt des Abschlusses der Arbeitsvermittlung vom 1. April 2011 präsentierte (vgl. IV-act. 72 und 74), etwas geändert haben sollte.

5.

5.1 Nach dem Gesagten ist die Beschwerde vom 15. Oktober 2013 abzuweisen, soweit darauf einzutreten ist.

5.2 Dem Beschwerdeführer wurde die unentgeltliche Prozessführung am 20. Dezember 2013 bewilligt (act. G 6). Wenn die wirtschaftlichen Verhältnisse des Beschwerdeführers es gestatten, kann er jedoch zur Nachzahlung der Gerichtskosten, der Auslagen für die Vertretung und der vom Staat entschädigten Parteikosten verpflichtet werden (Art. (Art. 99 Abs. 2 des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege [VRP; sGS 951.1] i.V.m. Art. 123 Abs. 1 der Schweizerischen Zivilprozessordnung [ZPO/CH; SR 272]).

5.3 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 in der Höhe von Fr. 600.-- aufzuerlegen. Zuzufolge unentgeltlicher Rechtspflege ist er von der Bezahlung zu befreien.

5.4 Der Staat ist zufolge unentgeltlicher Rechtsverteidigung zu verpflichten, für die Kosten der Rechtsvertretung des Beschwerdeführers aufzukommen. Die Parteientschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG). In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b HonO pauschal Fr. 1'000.--



bis Fr. 12'000.--. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers verzichtete auf das Einreichen einer Kostennote. In der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit erscheint mit Blick auf vergleichbare Fälle eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- angemessen. Diese ist um einen Fünftel zu kürzen (Art. 31 Abs. 3 AnwG). Somit hat der Staat den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers pauschal (BGE 125 V 201) mit Fr. 2'800.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

entschieden:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf eingetreten wird.
2. Der Beschwerdeführer wird im Sinne der Erwägungen von der Bezahlung der Gerichtskosten von Fr. 600.-- befreit.
3. Der Staat entschädigt den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers mit Fr. 2'800.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer).