



**Fall-Nr.:** IV 2017/291  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 05.02.2020  
**Entscheiddatum:** 07.10.2019

### **Entscheid Versicherungsgericht, 07.10.2019**

**Art. 7 ATSG; Art. 8 ATSG; Art. 28 ATSG: Es wird auf ein Gutachten abgestellt, wonach der Beschwerdeführer unter leichten bis mässigen neuro-kognitiven Einschränkungen, einer ADHS, einer narzisstischen Persönlichkeitsakzentuierung und einer verminderten körperlichen Belastbarkeit leidet. Nach einer neuropsychologischen Beurteilung gehen die Gutachter von einer 100 %igen Arbeitsfähigkeit in einfachen Tätigkeiten mit geringen Anforderungen an Aufmerksamkeit, Koordination und Sorgfalt, Verantwortung und Teamfähigkeit aus. Zudem ist ein hohes Mass an Impulsivität und motorischer Unruhe zu tolerieren. Unter Berücksichtigung des vormaligen Einkommens als therapeutischer Mitarbeiter im Bereich Psychiatrie und eines Tabellenlohnabzugs von mindestens 10 % und nicht über 20 % resultiert ein Anspruch auf eine Viertelsrente (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 7. Oktober 2019, IV 2017/291).**

#### **Entscheid vom 7. Oktober 2019**

Besetzung

Präsidentin Marie Löhner, Versicherungsrichterinnen Michaela Machleidt Lehmann und Marie-Theres Rüegg Haltinner; Gerichtsschreiberin Beatrix Zahner

Geschäftsnr.

IV 2017/291

Parteien

**A.\_\_\_\_,**



## St.Galler Gerichte

### Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Leo Sigg, c/o Procap Schweiz,  
Frohburgstrasse 4, Postfach, 4601 Olten 1 Fächer,

gegen

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

### Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

### Rente

### Sachverhalt

#### A.

**A.a.** A.\_\_\_\_ meldete sich am 20. Oktober 2014 wegen chronischen Stresses mit multiplen Komplikationen, in vorliegender Ausprägung seit August 2011, bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (IV-act. 1). Der Versicherte hatte im Frühjahr 1988 die Lehre als Galvaniseur abgeschlossen (IV-act. 10-20 ff.), im Frühjahr 1994 das Diplom in psychiatrischer Krankenpflege erworben (IV-act. 10-18 f.) und seither als psychiatrischer Pfleger und Beschäftigungstherapeut zuletzt seit März 2001 bei B.\_\_\_\_ gearbeitet. Dieses Arbeitsverhältnis war auf den 31. Juli 2013 aufgrund der persönlichen Situation bzw. wegen Erschöpfungssymptomen und immer grösseren Schwierigkeiten bei der Erfüllung des beruflichen Auftrags in gegenseitigem Einverständnis beendet worden (vgl. Angaben Arbeitgeberin vom 6. Januar 2015, IV-act. 14; Arbeitszeugnis vom 27. August 2013, IV-act. 20-4 f.).

**A.b.** Am 12. September 2013 war der Versicherte durch Dr. phil. C.\_\_\_\_, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP, neuropsychologisch abgeklärt worden. Der entsprechende Bericht der Klinik für Neurologie des Kantonsspitals St. Gallen (KSSG) vom 12. September 2013 (IV-act. 10-9 ff.) vermerkte als vorbestehende



Diagnosen eine Polytoxikomanie (ICD-10: F19.22), eine depressive Anpassungsstörung (ICD-10: F43.2) sowie eine somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F 45.4) und den Verdacht auf eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F 60.31). Die Neuropsychologin hatte insgesamt multiple bis mittelschwere kognitive Einbussen festgestellt (vgl. IV-act. 10-10 ff.). Eine Akzentuierung der kognitiven Defizite im Zusammenhang mit der Polytoxikomanie hatte sie nicht ausgeschlossen (IV-act. 10-12).

**A.c.** Vom 27. Mai 2013 bis 22. Mai 2014 war der Versicherte für eine Suchttherapie und Rehabilitation in der Institution D.\_\_\_\_ gewesen. Im Bericht vom 27. Mai 2014 war festgehalten worden, es bestehe ein Gebrauch psychoaktiver Substanzen seit über 30 Jahren, nach Trennung von Ehefrau und Verlust des Arbeitsplatzes vorwiegend aufgrund des übermässigen Konsums von Alkohol. Der Versicherte stehe seit 15 Jahren in Methadonbehandlung und habe bereits in den Jahren 2011 und 2012 Alkoholentzugsbehandlungen durchgemacht (IV-act. 10-13). Med. pract. E.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, hatte den Versicherten am 14. November 2013 zu behandeln begonnen und nebst den erwähnten Diagnosen diejenige einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS; ICD-10: F90) gestellt. Ab 17. Juli 2014 hatte er dem Versicherten eine 50 %ige Arbeitsunfähigkeit bescheinigt, begründet durch Konzentrationsschwierigkeiten, emotionelle Unausgeglichenheit und Probleme mit der Planung und Umsetzung von Zielen (Bericht vom 24. Januar 2014, IV-act. 10-7 f.; Arztbericht vom 20. November 2014, IV-act. 10-1 f.). Die Arbeitstherapie im D.\_\_\_\_ war erschwert gewesen durch eine Arbeitsunfähigkeit vom 2. August bis 11. November 2013 aufgrund einer Handoperation. Der Versicherte hatte zudem Schwierigkeiten, sich darauf einzulassen (vgl. Bericht D.\_\_\_\_ vom 27. Mai 2014, IV-act. 10-16).

**A.d.** Die IV-Stelle sprach dem Versicherten mit Mitteilungen vom 10. April 2015 ein Job-Coaching für die Dauer vom 18. März bis 18. September 2015 (IV-act. 26) sowie Arbeitsvermittlung zu (IV-act. 27). Im Rahmen des Coachings absolvierte der Versicherte ab dem 17. August 2015 einen Arbeitsversuch im Wohnheim der F.\_\_\_\_. Dieser war bis zum 29. Februar 2016 geplant (Mitteilung vom 25. August 2015, IV-act. 31). Das Pensum wurde per 1. Oktober 2015 von 50 % auf 70 % erhöht (Schlussbericht Coaching vom 11. Dezember 2015, IV-act. 39-3). Die



Eingliederungsverantwortliche hielt am 24. November 2015 fest, der Versicherte sei damit überfordert. Es zeigten sich auch deutliche Einschränkungen der Belastbarkeit, Flexibilität, Kommunikations- und Teamfähigkeit (IV-act. 35). Der Arbeitsversuch wurde am 31. Januar 2016 vorzeitig abgebrochen (Mitteilung vom 19. Januar 2016, IV-act. 43, Aufhebung der Mitteilung vom 25. August 2015). Med. pract. E.\_\_\_\_ führte in einem am 9. Dezember 2015 bei der IV-Stelle eingegangenen Arztbericht im Wesentlichen aus, es bestünden eine psychisch reduzierte Stressresistenz, die zu Rückfällen und emotioneller Labilität führe, sowie Konzentrations- und Aufmerksamkeitsprobleme. Der Versicherte sei leicht überfordert und gerate gehäuft in Konflikte, besonders mit autoritär auftretenden Vorgesetzten. Er habe Probleme mit der Impulskontrolle und strukturiertem Handeln. Die Leistungen seien inkonstant. In einer adaptierten Tätigkeit bestehe, wie im Arbeitsversuch ermittelt, ab sofort eine Arbeitsfähigkeit von 50 % bis 60 % (IV-act. 36-2 ff.). Der Coach G.\_\_\_\_ äusserte im Schlussbericht vom 11. Dezember 2015, der Arbeitsversuch habe bestätigt, dass der Versicherte nicht mehr im Bereich der klinischen Psychiatrie arbeiten sollte, da er über zu wenig Eigenstabilität und -präsenz verfüge. Er benötige eine wohlwollende und stabile Arbeitsumgebung mit Bezugspersonenarbeit ohne starke Machtstrukturen, personelle Schwankungen oder flexible Arbeitszeitmodelle (IV-act. 39-4). Die Eingliederungsverantwortliche schloss ihren Fall am 14. März 2016 ab (IV-act. 46).

**A.e.** Im Auftrag der IV-Stelle wurde der Versicherte durch IME -Interdisziplinäre medizinische Expertisen - psychiatrisch und orthopädisch begutachtet (Gutachten vom 25. August 2016; Prof. Dr. med. habil. H.\_\_\_\_, FMH Neurologie, FMH Psychiatrie und Psychotherapie; Dr. med. I.\_\_\_\_, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie; Untersuchungen 13. Juni 2016 und 10. August 2016, IV-act. 58). Der Versicherte erschien unentschuldigt nicht zur ebenfalls vorgesehenen neuropsychologischen Untersuchung (IV-act. 58-49). Der psychiatrische Gutachter stellte leicht- bis mässiggradige neuro-kognitive Defizite bei Verdacht auf eine einfache Aufmerksamkeitsstörung, differenzialdiagnostisch bei frühkindlicher Entwicklungsstörung, differenzialdiagnostisch bei möglichen hirnrorganischen Folgen des langjährigen Substanzgebrauchs (ICD-10: F06.07), eine Polytoxikomanie bei gegenwärtiger Abstinenz unter Teilnahme an einem ärztlich überwachten Ersatzdrogenprogramm (ICD-10: F19.22) sowie eine Persönlichkeitsakzentuierung mit



narzisstischen Anteilen (ICD-10: Z73.1) fest (IV-act. 58-58). Aufgrund der neuro-kognitiven Einschränkung sei die Durchhaltefähigkeit des Versicherten reduziert. Die Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit sei um ca. 30 % eingeschränkt (IV-act. 58-59).

**A.f.** Aufgrund einer Stellungnahme von RAD-Arzt Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 2. September 2016 (IV-act. 62) forderte die IV-Stelle am 7. September 2016 die Gutachterstelle auf, die fehlende neuropsychologische Abklärung nachzuholen (IV-act. 59). Lic. phil. K.\_\_\_\_, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP, erstattete am 5. Oktober 2016 ein neuropsychologisches Teilgutachten (IV-act. 61-61 ff.). Sie führte aus, im Explorationsgespräch und im Testverhalten seien deutliche Verhaltensauffälligkeiten im Sinne einer ADHS zu beobachten gewesen (IV-act. 61-63, 65). Insgesamt sei aktuell von einer leichten bis mittelschweren neuropsychologischen Funktionsstörung gegenüber dem vermuteten prämorbidem Niveau auszugehen (IV-act. 61-66).

**A.g.** Prof. H.\_\_\_\_ überarbeitete daraufhin das psychiatrische Hauptgutachten mit Datum vom 5. Oktober 2016 (IV-act. 61-6 ff.). Dabei führte er aus, aufgrund des neuropsychologischen Zusatzuntersuchs und der psychopathologischen Diagnostik könne eine einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ICD-10: F90.0; IV-act. 61-55, 58) bestätigt werden. In einer adaptierten Tätigkeit attestierte er seit Antragsstellung - mit Ausnahme einer definitionsgemäss 100 %igen Arbeitsunfähigkeit während der stationären Aufenthalte - eine volle Arbeitsfähigkeit (IV-act. 61-59). Mit bidisziplinärem Konsens wurde das Gutachten in neuer Fassung am 8. Oktober 2016 vorgelegt (IV-act. 61-5, Eingang SVA 24. Oktober 2016).

**A.h.** Der Berufsberater nahm am 6. Januar 2017 Stellung: Eine Verwertbarkeit bzw. Ressourcen für eine Umschulung lägen nicht vor. Zudem seien die an das Arbeitsumfeld gestellten Anforderungen so hoch, dass sogar die Beschäftigung in einer IV-Werkstatt fraglich sei (IV-act. 65; Strategie-Protokoll vom 6. Januar 2017, IV-act. 66). Mit Mitteilung vom gleichen Tag wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren um berufliche Massnahmen ab, da sie aufgrund des Gesundheitszustandes nicht durchführbar seien (IV-act. 68). RAD-Arzt Dr. J.\_\_\_\_ äusserte sich am 12. Januar 2017, da vom Berufsberater unter diesen Adaptationskriterien kein konkretes Stellenprofil erstellt werden könne, sei aus medizinischer Sicht festzustellen, dass die



ausgewiesenen Einschränkungen eine Arbeitsfähigkeit in der freien Wirtschaft nicht umsetzbar machten (IV-act. 70). Der Rechtsdienst der IV-Stelle legte am 28. März 2017 dar, auf die zwischenmenschlichen Einschränkungen könne Rücksicht genommen werden. Es sei somit nicht davon auszugehen, dass der Versicherte bloss an einem geschützten Arbeitsplatz ein Einkommen erzielen könnte. Die gutachterlich attestierte 100 %ige Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit sei demgemäss auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt verwertbar. Überdies bestünden Zweifel an der diagnostizierten ADHS. Es sei nicht ausgewiesen, dass sich diese bereits in der Kindheit/Jugend geäussert habe, obwohl dies gemäss ICD-10 erforderlich wäre. Aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht sei im psychiatrischen Bereich keine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ausgewiesen (IV-act. 77).

**A.i.** Mit Vorbescheid vom 3. April 2017 gewährte die IV-Stelle dem Versicherten das rechtliche Gehör zur vorgesehenen Abweisung des Rentenbegehrens. In einer adaptierten Tätigkeit bestehe aus gutachterlicher Sicht eine volle Arbeitsfähigkeit. Ein Tabellenlohnabzug sei nicht vorzunehmen. Die Arbeitsfähigkeit sei verwertbar; es bestehe ein Invaliditätsgrad von 34 %.

**A.j.** Mit Einwand vom 19. Mai 2017 liess der Versicherte geltend machen, der psychiatrische Gutachter habe im Juni 2016 eine 70 %ige Arbeitsfähigkeit festgestellt. Obwohl die Diagnosen unverändert geblieben seien, sei nun plötzlich von einer Arbeitsfähigkeit adaptiert von 100 % ausgegangen worden. Dies sei nicht nachvollziehbar, zumal die neuropsychologische Abklärung ergeben habe, dass eine neuropsychologische Funktionsstörung bestehe. Die medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit sei im ersten Arbeitsmarkt nicht zu verwerten (IV-act. 82).

**A.k.** Am 20. Juni 2017 verfügte die IV-Stelle gemäss Vorbescheid. Zur Begründung führte sie unter anderem aus, die Gutachter hätten eine 100 %ige Arbeitsfähigkeit attestiert. Diese Einschätzung sei vom RAD bestätigt worden. Eine die Verwertbarkeit der Arbeitsfähigkeit ausschliessende Konstellation liege nicht vor. Anhand der Kriterien einer ADHS gemäss ICD-10 sei die Diagnose aus der Sicht des Rechtsanwenders nicht nachvollziehbar. Neue objektivierbare Befunde lägen nicht vor (IV-act. 84).



### B.

**B.a.** Gegen die Verfügung vom 20. Juni 2017 lässt A.\_\_\_\_, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. L. Sigg, am 22. August 2017 Beschwerde erheben. Er beantragt, die angefochtene Verfügung sei unter Kosten- und Entschädigungsfolgen aufzuheben. Es sei ihm eine Invalidenrente zuzusprechen. Eventualiter sei die Angelegenheit zu weiteren Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Weiter seien ihm die unentgeltliche Prozessführung und unentgeltliche Rechtsverteidigung zu gewähren. Die Einschätzung des Arztes entgegen der Beurteilung der beruflichen Fachleute dürfe nicht mit der Verwertbarkeit im ersten Arbeitsmarkt gleichgesetzt werden. Die Berufsspezialisten erachteten das Finden einer entsprechenden Stelle (eines Nischenarbeitsplatzes) von vornherein als ausgeschlossen und hätten selbst Zweifel, ob eine Stelle an einem geschützten Arbeitsplatz gefunden werden könnte. Das Abweichen von der Expertenmeinung werde nicht begründet. Der Rechtsdienst sei fachlich nicht kompetent, die Diagnose der ADHS in Zweifel zu ziehen. Die Argumentation sei willkürlich und nicht nachvollziehbar (act. G 1).

**B.b.** Die Beschwerdegegnerin beantragt mit Beschwerdeantwort vom 28. September 2017, die Beschwerde sei abzuweisen. Die 100 %ige Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers sei in der freien Wirtschaft, die auch Nischenarbeitsplätze umfasse, verwertbar. Die negativen orthopädischen Leistungskriterien stellten keine übermässigen Anforderungen an eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit im ausgeglichenen Arbeitsmarkt. Den Adaptationskriterien aufgrund der psychischen Einschränkungen könne durch Arbeiten ausserhalb eines hierarchischen Umfeldes mit wenig beruflich-sozialen Kontakten Rechnung getragen werden. Sie habe ohne weiteres eine rechtliche Würdigung des Gutachtens vornehmen dürfen und eine Indikatorenprüfung vorgenommen, um die Schwere des Gesundheitsschadens zu erfassen. Dabei sei sie zum Schluss kommen, dass nicht von einer invalidisierenden Beeinträchtigung auszugehen sei. Sie bezweifle die vom Berufsberater behauptete Nichtverwertbarkeit der 100 %igen Arbeitsfähigkeit (act. G 4).

**B.c.** Die Abteilungspräsidentin heisst am 4. Oktober 2017 das Gesuch um Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege (Befreiung von den Gerichtskosten und Bewilligung der unentgeltlichen Rechtsverteidigung) gut (act. G 5).



**B.d.** Mit Replik vom 27. Oktober 2017 bringt der Beschwerdeführer im Wesentlichen vor, die Diagnose einer ADHS könne nicht aufgrund des Umstandes ausgeschlossen werden, dass die betreffende Person fähig gewesen sei, eine Ausbildung zu absolvieren. Der Hinweis auf Nischenarbeitsplätze sei nicht stichhaltig, da den beruflichen Experten der Beschwerdegegnerin die Rechtsprechung und die invalidenversicherungsrechtlichen Voraussetzungen bekannt seien. Von der ärztlichen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit dürfe anhand der normativ vorgegebenen Kriterien nur abgewichen werden, wenn dies einlässlich und nachvollziehbar begründet werde. Eine gut begründete und nachvollziehbare Indikatorenprüfung sei nicht vorgenommen worden (act. G 7).

**B.e.** Die Beschwerdegegnerin verzichtet am 20. November 2017 auf eine Duplik (act. G 9).

### Erwägungen

#### 1.

**1.1.** Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) 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).

**1.2.** Die invalidenversicherungsrechtliche Anerkennung von Beschwerden setzt zunächst eine Abgrenzung zu reaktiven, invaliditätsfremden Geschehen durch eine einwandfreie fachärztliche Diagnose voraus (BGE 141 V 285 E. 2.1; BGE 143 V 416 E. 4.5.2). Erforderlich ist zudem, dass die geltend gemachten Beschwerden objektiviert werden können und sich auf die Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit auswirken (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 30. November 2017, 8C\_350/2017, E. 5.4, und vom 27. März 2015, 8C\_673/2014, E. 5.1.1; BGE 143 V 427 E. 6). Für somatisch unklare Beschwerdebilder (somatoforme Schmerzstörung und gleichgestellte Diagnosen) sowie



psychische Erkrankungen wie namentlich Depressionen ist der Beweis nach dem strukturierten Verfahren mittels Indikatoren zu führen (vgl. dazu BGE 141 V 281 und BGE 143 V 428, E. 7.1). Die Diagnose führt nur zur Feststellung einer invalidenversicherungsrechtlich erheblichen Gesundheitsbeeinträchtigung, soweit sie nicht auf Aggravation oder ähnlichen Ausschlussgründen beruht (BGE 141 V 287, E. 2.2 a.E., E. 2.2.1 f.). Die medizinischen Gutachter haben sich nicht auf die Diagnosestellung zu beschränken, sondern die Leistungsfähigkeit bzw. die funktionellen Auswirkungen unter Beachtung der einschlägigen Indikatoren einzuschätzen (BGE 141 V 307 E. 5.2.1; BGE 143 V 427 E. 6). 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.). Die ärztliche Arbeitsunfähigkeitsschätzung kann, zumindest ohne einlässliche Befassung mit den spezifischen normativen Vorgaben und ohne entsprechende Begründung den rechtlich geforderten Beweis einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 Abs. 2 ATSG) nicht erbringen, weil sie weitgehend vom Ermessen des Sachverständigen abhängt (BGE 143 V 427, E. 6). Die Rechtsanwender prüfen insbesondere, ob die Ärzte ausschliesslich funktionelle Ausfälle berücksichtigt haben, welche Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung sind (Art. 7 Abs. 2 erster Satz ATSG), sowie, ob die versicherungsmedizinische Zumutbarkeitsbeurteilung auf objektivierter Grundlage erfolgt ist (Art. 7 Abs. 2 zweiter Satz ATSG). Recht und Medizin tragen je nach ihren fachlichen und funktionellen Zuständigkeiten zur Festlegung ein und derselben Arbeitsunfähigkeit bei. Es soll keine losgelöste juristische Parallelüberprüfung nach Massgabe des strukturierten Beweisverfahrens stattfinden, sondern im Rahmen der Beweiswürdigung überprüft werden, ob die funktionellen Auswirkungen medizinisch anhand der Indikatoren schlüssig und widerspruchsfrei festgestellt wurden und somit den normativen Vorgaben Rechnung tragen (BGE 141 V 307, E. 5.2.2 f.; BGE 144 V 54, E. 4.3).

**1.3.** Nach Art. 28 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) besteht Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70 %, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie wenigstens zu 60 %, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 %, und auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40 % invalid ist. Für die Invaliditätsbemessung ist nicht massgeblich, ob eine invalide Person unter den konkreten Arbeitsmarktverhältnissen vermittelt werden kann, sondern einzig, ob sie die ihr verbliebene Arbeitskraft noch wirtschaftlich nutzen könnte, wenn ein Gleichgewicht von Angebot und Nachfrage nach Arbeitskräften



bestünde (ausgeglichener Arbeitsmarkt, Art. 16 ATSG). Der als ausgeglichen unterstellte Arbeitsmarkt umfasst auch sogenannte Nischenarbeitsplätze, also Stellen- und Arbeitsangebote, bei welchen Behinderte mit einem sozialen Entgegenkommen vonseiten des Arbeitgebers rechnen können. An der Massgeblichkeit des theoretisch ausgeglichenen Arbeitsmarkt vermag auch der Umstand nichts zu ändern, dass es für die versicherte Person im Einzelfall schwierig oder gar unmöglich ist, im tatsächlichen Arbeitsmarkt eine entsprechende Stelle zu finden. Von einer Arbeitsgelegenheit kann gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung nur dann nicht mehr gesprochen werden, wenn die zumutbare Tätigkeit nurmehr in so eingeschränkter Form möglich ist, dass sie der ausgeglichene Arbeitsmarkt praktisch nicht kennt oder sie nur unter nicht realistischem Entgegenkommen eines durchschnittlichen Arbeitgebers möglich wäre und das Finden einer entsprechenden Stelle daher von vornherein als ausgeschlossen erscheint (Urteil des Bundesgerichts vom 28. November 2014, 9C\_485/2014 E. 2 und E. 3.3.1 mit Hinweisen). Fehlt es an einer wirtschaftlich verwertbaren Resterwerbsfähigkeit, liegt eine vollständige Erwerbsunfähigkeit vor, die einen Anspruch auf eine ganze Invalidenrente begründet (BGE 138 V 460 E. 3.1).

**1.4.** Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen). 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; BGE 141 V 14 E. 6.3.1). Im Sinne einer Richtlinie ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten und -ärztinnen, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 227 E. 1.3.4; BGE 125 V 353 E. 3b/bb).

## 2.

Die angefochtene Verfügung stützt sich auf die im psychiatrischen Teil überarbeitete Fassung des bidisziplinären Gutachtens vom 8. Oktober 2016. Danach besteht in einer



abwechslungsreichen, bevorzugt gestalterischen, einfachen Tätigkeit ohne Verantwortung für Menschen und Abläufe, ohne hohe kognitive Anforderungen mit wenig zwischenmenschlichen Kontakten und ohne vorwiegende Teamaufgaben und mit geringen Anforderungen an Aufmerksamkeit, Koordination und Sorgfalt in einem Arbeitsumfeld, das ein hohes Mass an Impulsivität und motorischer Unruhe toleriere, eine 100 %ige Arbeitsfähigkeit (IV-act. 61-59). Es ist zunächst darüber zu befinden, ob auf dieses Gutachten abgestellt werden kann.

### 3.

**3.1.** Der psychiatrische Gutachter führte aus, die Diagnosekriterien gemäss ICD-10 einer insbesondere narzisstischen Persönlichkeitsstörung seien nicht erfüllt. Deshalb werde von einer sich auf die Arbeitsfähigkeit nicht auswirkenden Persönlichkeitsakzentuierung mit narzisstischen Anteilen ausgegangen (IV-act. 61-54 f., 58; vgl. auch IV-act. 58-53 f., 58). Der Beschwerdeführer stehe in einem Methadon-Ersatzdrogenprogramm und distanzieren sich vom Substanzgebrauch. Die Abstinenz von Alkohol und Drogen habe verifiziert werden können (Urin-, Blut- und Haaranalyse, IV-act. 61-68 ff.). Somit dürfe von einer Polytoxikomanie mit gegenwärtiger Abstinenz unter einem Ersatzdrogenprogramm ausgegangen werden, die die Arbeitsfähigkeit nicht schmälere (IV-act. 61-55, 58; vgl. auch IV-act. 58-54, 58).

**3.2.** Umstritten sind insbesondere die Diagnose einer ADHS und die Auswirkung neurokognitiver Beeinträchtigungen. Dr. C.\_\_\_\_ erhob insgesamt multiple bis mittelschwere kognitive Einbussen, wobei eine mittelschwere dysexekutive Funktionsstörung im Vordergrund stehe, die sich unspezifisch in einer Verlangsamung der Reaktionen wie auch mittelschwer in der visuellen Wahrnehmung und Exploration zeige. Der Versicherte habe sehr schnell und impulsiv gearbeitet, wodurch es zu übermässig vielen Fehlern und Auslassungen gekommen sei. Zudem lägen eine leichte visuelle Lern- und Gedächtnisstörung und eine leichte Störung der geteilten Aufmerksamkeit vor (IV-act. 10-11 f.). Anamnestisch hielt sie fest, der Beschwerdeführer beschreibe sich als schnell abschweifend und ablenkbar. In der Kindheit sei es häufig zu Tagträumereien und in der Schule zu Problemen gekommen. Er habe sich impulsiv und teilweise delinquent verhalten (unabsichtliches Anzünden eines Schuppens, von der Weide lassen von Kühen, auf Lehrer schiessen mit einem Luftgewehr). Sie hatte jedoch das Vorliegen einer ADS bzw. ADHS aufgrund des hohen Arbeitstempos und der hohen Aufmerksamkeit sowie gestützt auf die testpsychologischen Untersuchungen (WURS-K; ADHS-Fragebogen nach DSM-IV; CAARS-Selbst- und Fremdeinschätzung; IV-act. 10-10 f.) verneint. Med. pract. E.\_\_\_\_ leitete aus den von Dr. C.\_\_\_\_ erwähnten und vom Beschwerdeführer geschilderten



weiteren Vorfällen die Diagnose einer ADHS anamnestisch ab. Der Beschwerdeführer berichte über erhebliche Probleme in Bezug auf die Aufmerksamkeit, leichte Ablenkbarkeit, fehlende Ausdauer, Impulsivität und gestörte Selbstorganisation (Tagesstruktur, Betreibungen, Zerstreutheit). Probleme mit der Organisationsstrukturierung im Alltag seien auffällig, aber auch Merkmale einer Überaktivität und Impulsivität zeigten eindeutig erhebliche Hinweise auf eine Hyperaktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung. Die Beschwerden bestünden bereits seit der frühesten Kindheit. Der formale Gedankengang sei beschleunigt, neige zu Ablenkung und verliere sich in Einzelheiten und sei zum Teil umständlich, sprunghaft. Testpsychologisch stützte sich med. pract. E.\_\_\_\_ auf das Screening der Selbstbeurteilung für Erwachsene, das ADHS-Screening für Erwachsene, das semistrukturierte Interview nach Krause und die ADHS-diagnostische Checkliste (HASE; IV-act. 10-7 f.). Lic. phil. K.\_\_\_\_ beschrieb im Explorationsgespräch und im Testverhalten beobachtete deutliche Verhaltensauffälligkeiten im Sinne einer ADHS (IV-act. 61-63). Sie führte weiter aus, testpsychologisch (Selbstbeurteilungsfragebogen, Wender-Utah-Rating-Scale [WURS-K] sowie ADHS-HKS-Questionnaire bzw. CFADHD-Testbatterie) hätten sich deutliche Hinweise für eine ADHS in der Kindheit ergeben (IV-act. 61-65). Im Vordergrund der kognitiven Befunde hätten sich Aufmerksamkeitsdefizite und exekutive Defizite gezeigt. Es bestehe eine stark erhöhte Ablenkbarkeit und eine verminderte Fähigkeit zur Selbstregulation und eigenständigen Strukturierung und Überwachung von Handlungsschritten (IV-act. 61-65). Der psychiatrische Gutachter fand in seiner Untersuchung Aufmerksamkeit und Konzentration nicht herabgesetzt, auch sei es im zeitlichen Verlauf der Untersuchung nicht zu einem Abfall der kognitiven Parameter gekommen (IV-act. 61-45). Er hielt zunächst fest, aus gutachterlicher Sicht sei das Vorliegen einer ADHS im Erwachsenenalter nicht mit Sicherheit zu diagnostizieren. Beim Untersuch seien diesbezügliche Symptome bis auf Impulsivität und emotionaler Überreagibilität nicht augenfällig gewesen, doch habe der Beschwerdeführer unter Therapie mit Concerta gestanden. Von den so genannten Wender-Utah-Kriterien seien allenfalls lediglich zwei erfüllt (IV-act. 58-54 f.). Er schloss somit die Diagnose nicht aus, sondern hielt sie lediglich für nicht ausreichend objektiviert. Die Anwendung der Wender-Utah-Skala durch lic. phil. K.\_\_\_\_ ergab (offenbar im Gegensatz zum Ergebnis desselben Tests bei Dr. C.\_\_\_\_) deutliche Hinweise für eine ADHS in der Kindheit (IV-act. 61-65), so dass der Gutachter schliesslich die Diagnose einer einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ICD-10: F90) bestätigte (IV-act. 61-55, 58). Dies erscheint aufgrund der Anamnese, der von med. pract. E.\_\_\_\_ und lic. phil. K.\_\_\_\_ erhobenen Testresultate und des von Letzteren beobachteten Verhaltens nachvollziehbar. Dr. C.\_\_\_\_ konstatierte offenbar als einzige ein aufmerksames Testverhalten und dies zu



einer Zeit, in der der Beschwerdeführer seine Polytoxikomanie noch nicht endgültig überwunden hatte. Soweit die Beschwerdegegnerin im Rahmen der Rechtsanwendung die Diagnosekriterien einer ADHS als nicht gegeben erachtet, weil sie im Kindes- bzw. Jugendalter nicht nachgewiesen sei, wäre sie gehalten gewesen, das Gutachten als nicht nachvollziehbar bzw. beweisuntauglich zu würdigen und die medizinischen Abklärungen weiterzuführen. Festzuhalten gilt sodann, dass die Beschwerdegegnerin zwar die Diagnose in Frage stellte, nicht jedoch die im Gutachten festgestellten qualitativen Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit. Insofern kann auf weitere Abklärungen bezüglich der ADHS-Diagnose verzichtet werden.

**3.3.** Der psychiatrische Gutachter hatte zunächst klinisch ein leichtes kognitives Defizit ohne wesentliche Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit und/oder die Teilhabe im Alltag erhoben (IV-act. 58-55). Unter zusätzlicher Berücksichtigung des anamnestisch erhobenen Verdachts auf eine einfache Aufmerksamkeitsstörung, einer möglichen frühkindlichen Entwicklungsstörung und möglicher Folgen des langjährigen Substanzgebrauchs (ICD-10: F06.7) hatte er leichte bis mässiggradige neuro-kognitive Defizite diagnostiziert (IV-act. 58-58). Aufgrund dieser hatte er die Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit ohne Einbezug invaliditätsfremder Aspekte als um 30 % vermindert eingeschätzt, da die Durchhaltefähigkeit reduziert sei (IV-act. 58-59). Als adaptiert hatte er abwechslungsreiche Tätigkeiten, wobei der gestalterische Bereich zu bevorzugen sei, ohne hohe Verantwortung für Menschen und Abläufe, ohne hohe neuro-kognitive Anforderungen, mit wenig zwischenmenschlichen Kontakten ohne vorwiegende Teamaufgaben bezeichnet (IV-act. 58-57,59). Nachdem er aufgrund der neuropsychologischen Untersuchung die Diagnose einer ADHS als gegeben erachtete, ergänzte er das Zumutbarkeitsprofil auf einfache Tätigkeiten ohne Verantwortung für Menschen und Abläufe mit geringen Anforderungen an die Aufmerksamkeit, Koordination und Sorgfalt. Zudem müsse vom Arbeitsumfeld ein hohes Mass an Impulsivität und motorischer Unruhe toleriert werden. In derartigen Tätigkeiten bestehe seit Antragsstellung eine 100 %ige Arbeitsfähigkeit (IV-act. 61-59). Dass nach Bestätigung einer zusätzlichen Diagnose eine höhere Arbeitsfähigkeit attestiert wird, erscheint nicht ohne weiteres einsichtig. Indes stellte der Gutachter zunächst neuro-kognitive Einschränkungen fest, deren Ätiologie jedoch klinisch unzureichend fassbar war; es kamen eine ADHS, eine frühkindliche Entwicklungsstörung und der langjährige Substanzgebrauch als ursächliche Faktoren in Frage. Nachdem die Diagnose feststand, kam er offenbar zur Erkenntnis, dass nur Tätigkeiten mit (noch) geringeren kognitiven Anforderungen, diese dafür aber zeitlich unbeschränkt möglich seien, sofern Impulsivität und motorische Unruhe toleriert würden. Die für adaptierte Tätigkeiten festgelegte Arbeitsfähigkeit von 100 % ist insoweit nachvollziehbar, zumal auch RAD-



Arzt Dr. J.\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 31. Oktober 2016 diesbezüglich keine Ungereimtheit erwähnte (IV-act. 62-2). Auch erschien die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auf 70 % in der ersten Fassung des psychiatrischen Teilgutachtens nicht ganz schlüssig, nachdem vorgängig ausgeführt worden war, es bestehe ein leichtes kognitives Defizit ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (IV-act. 58-55). In der bisherigen pflegerischen Tätigkeit erachtete der psychiatrische Gutachter den Beschwerdeführer aufgrund der Abhängigkeitsproblematik, der Persönlichkeitsakzentuierung und auch der ADHS nicht mehr als arbeitsfähig (IV-act. 58-59, 61-59).

#### 4.

Der orthopädische Gutachter führte im Wesentlichen aus, die orthopädisch-chirurgische Anamnese sei geprägt durch das als Geburtsgebrechen anerkannte rechtsseitige Poland-Syndrom mit Verschmächtigung der Brustmuskulatur, Fehlbildung der rechten Thoraxhälfte und Muskelminderung im Bereich des rechten Armes. Im Alter von einem und von 14 Jahren seien rechtsseitige Achillessehnenverlängerungen durchgeführt worden. Im Jahr 2000 sei ein rechtsseitiger Latissimus-Dorsi-Transfer durchgeführt worden (IV-act. 58-71). Im Jahr 2014 sei eine operative Revision bei Dupuytren'scher Kontraktur des linken Ringfingers erfolgt (IV-act. 58-81). Hauptsächliche Beschwerden seien eine konstant vorhandene, jedoch belastungsabhängige exazerbierte Schmerzsymptomatik im Bereich des rechten Armes sowie eine sporadisch, ca. zweimal im Jahr auftretende einschliessende Schmerzsymptomatik im Bereich der BWS. Der Beschwerdeführer habe häufig Verspannungen im Bereich der Halswirbelsäule mit ausstrahlenden Schmerzen von der linken Schulter bis zur Halswirbelsäule und zuweilen auch in den Hinterkopf (IV-act. 58-75). Beim Gehen langer Strecken und Hochsteigen vieler Treppen verspüre er gelegentlich auftretende Schmerzen im Bereich der Achillessehne, insbesondere rechts (IV-act. 58-76). Hinsichtlich des Thorax habe sich aufgrund des konnatalen Poland-Syndroms eine ausgeprägte Verschmächtigung der rechtsseitigen Brustmuskulatur mit Asymmetrie des rechten Thorax und begleitender Asymmetrie der Sternoclaviculargelenke gezeigt (IV-act. 58-111). Bei der klinischen Untersuchung der Hüftgelenke habe rechtsseitig eine Innenrotationseinschränkung um 30° festgestellt werden können. Die hierauf veranlasste Bildgebung habe eine Retroversion der rechtsseitigen Hüftgelenkspfanne mit einem hierdurch bedingten Pincer-Impingement, jedoch keine Coxarthrose gezeigt (vgl. IV-act. 58-99, 112). Eine angegebene Spitzfussdeformität habe klinisch nicht objektiviert werden können (IV-act. 58-112). Im Rahmen der Anamneseerhebung sowie in der klinischen Untersuchung bestünden keine Hinweise auf etwaige Verdeutlichungstendenzen, Aggravation oder gar Simulation (IV-act. 58-86). Die Befunde der klinischen Untersuchung seien



durchgehend konsistent (IV-act. 58-110). Eine vermehrte Schmerzsymptomatik im Bereich der Hals- und Brustwirbelsäule habe jedoch nicht objektiviert werden können (IV-act. 58-110). Der Beschwerdeführer sei in der biomechanischen Funktion seiner Brustwirbelsäule, seiner rechtsseitigen Brustmuskulatur nebst rechtsseitigem Schultergelenk sowie in Bezug auf die beiden unteren Extremitäten in der Funktion seines rechten Hüftgelenks limitiert (IV-act. 58-114). Aufgrund des Poland-Syndroms bestehe eine generalisierte Kraftminderung im rechten Arm (IV-act. 58-81). Nicht zumutbar seien Schwerst- und Schwerarbeiten, Heben und Tragen von Lasten über 10 kg körperfern und 15 kg körpernah, repetitive, stereotype Bewegungsabläufe, mehr als gelegentliche Überkopftätigkeiten, mehr als gelegentliches Heben von Lasten über die Horizontale, Tätigkeiten mit erhöhten Anforderungen an die Brustmuskulatur und in Zwangshaltungen sowie Akkordarbeiten unter Einschluss des rechten Arms. Unter Wahrung dieser Schonkriterien bestehe eine quantitativ uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit (IV-act. 61-121 f.). Diese Beurteilung gründet auf vollständiger Erhebung von Anamnese, Beschwerden und Befunden. Sie ist ohne weiteres nachvollziehbar und schlüssig, so dass darauf abzustellen ist.

### 5.

Die funktional beeinträchtigenden neuro-kognitiven Störungen sind leicht bis mässiggradig. Der psychiatrische Gutachter hielt fest, es bestünden erhebliche psychosoziale Belastungsfaktoren (Epilepsieerkrankung der Tochter, Beziehungsschwierigkeiten und Trennung, Schulden; vgl. Assessmentprotokoll Eingliederung vom 5. Februar 2015, IV-act. 21), welche den Krankheitsprozess zumindest in gewisser Weise unterhielten (IV-act. 61-56). Als somatische Komorbidität schränkt das Polandsyndrom die Belastbarkeit der Brustmuskulatur und die Kraft im rechten Arm ein. Weiter hält der psychiatrische Gutachter fest, durch die vorliegenden Persönlichkeitszüge komme es bei problematischer Selbst- und Fremdwahrnehmung sowie Impulskontrolle zu einer fehlerhaften Realitätsprüfung und Urteilsbildung, die eine Ich-Betonung auslöse und Probleme in interpersonellen Aktionen hervorrufen könne (IV-act. 61-57). Es sei von einer gewissen Interaktion der psychischen und somatischen Diagnosen auszugehen (IV-act. 61-56). Der Beschwerdeführer lebe bewusst und nicht krankheitsimmanent etwas zurückgezogen, nicht aber isoliert. Er verfüge über zahlreiche Ressourcen, habe erfolgreich ein Studium zum Pflegefachmann absolviert, reichhaltige Berufserfahrung und verschiedene Interessen im gestalterischen Bereich (IV-act. 61-57). Der Beschwerdeführer stehe in kontinuierlicher psychiatrischer Behandlung und habe eine einjährige Entwöhnungsbehandlung durchgeführt (IV-act. 61-55). Die Einschätzung einer vollen Arbeitsfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten erfolgte somit unter Berücksichtigung der



nach dem strukturierten Beweisverfahren massgeblichen Kriterien. Nach dem Gesagten kann auf das Gutachten vom 5. Oktober 2016 abgestellt werden.

### 6.

**6.1.** Bereits im Bericht des D.\_\_\_\_s vom 27. Mai 2014 war ausgeführt worden, der Beschwerdeführer habe von Beginn weg regen Austausch mit seinen Mitklienten gepflegt. Er habe sich eigeninitiativ eingebracht und habe als Person sehr präsent gewirkt und sei gut integriert gewesen. Obwohl er mit der Einhaltung der institutionellen Strukturen oft und anhaltend Mühe bekundet habe und dadurch in der Gemeinschaft aufgefallen und manchmal belächelt worden sei, sei er doch bei vielen aufgrund seiner entgegenkommenden, kommunikativen und humorvollen Art beliebt gewesen und geschätzt worden. In der Psychotherapie sei insbesondere der Umgang mit seiner hohen emotionalen Verletzlichkeit bzw. Kränkbarkeit und die schwierige Balance des Selbstwertgefühls (bzw. die Tendenzen zur Selbstabwertung und Selbstüberhöhung) über längere Zeit zentrales Thema gewesen (IV-act. 36-12). Der Arbeitsversuch in der F.\_\_\_\_ beinhaltete Bezugspersonenarbeit mit reduziertem Verantwortungsbereich. Sie war bis zu einem Pensum von 50 % ohne Abenddienste möglich, die Übernahme letzterer scheiterte offenbar an der familiären Organisation. Erst im Rahmen eines 70 %-Pensums war der Beschwerdeführer überfordert. Schwierigkeiten ergaben sich aus dem Spannungsfeld zwischen fachlicher Kompetenz, der Art der Kommunikation (schnell und viel), dem unsicheren Verhalten und Auftreten und den Anforderungen im Hinblick auf den Erhalt einer unbefristeten Anstellung (vgl. Bericht G.\_\_\_\_ vom 11. Dezember 2015, IV-act. 39-3). Die neuropsychologische Untersuchung ergab eine verminderte Fähigkeit zur Selbstregulation, eine starke Ablenkbarkeit und Impulsivität, welche zu einer flüchtigen, teilweise fehlerhaften Arbeitsweise führten. Am ehesten kämen einfache Tätigkeiten ohne Anforderungen an die Aufmerksamkeit, die Koordination und die Sorgfalt in Frage. Vom Arbeitsumfeld müsse ein hohes Mass an Impulsivität und motorischer Unruhe toleriert werden (IV-act. 61-66). Der psychiatrische Gutachter hielt fest, es seien vor allem die persönlichkeitspezifischen Verhaltensauffälligkeiten für die Teamfähigkeit und nicht die Fachlichkeit beim Arbeitsversuch hinderlich gewesen (IV-act. 61-56). Durch die vorliegenden Persönlichkeitszüge komme es bei problematischer Selbst- und Fremdwahrnehmung sowie Impulskontrolle zu einer fehlerhaften Realitätsprüfung und Urteilsbildung, die eine Ich-Betonung auslöse und Probleme in interpersonellen Aktionen hervorrufen könne (IV-act. 61-57). Aufgrund der Abhängigkeitsproblematik, der Persönlichkeitsakzentuierung und der ADHS sei der Beschwerdeführer in einem pflegerischen Beruf nicht mehr arbeitsfähig und der Eingliederungsversuch in diesem



Bereich (in der F.\_\_\_\_) sei daher verfehlt gewesen (IV-act. 61-58). Die Wiedereingliederung in einen adaptierten Beruf sei zumutbar und möglich (IV-act. 61-59). Der Berufsberater nahm mit Blick auf die gutachterliche Spezifikation einer zumutbaren Arbeit Stellung, eine "dermassen niederschwellige Arbeit" existiere in der "freien Wirtschaft" kaum mehr. Zudem seien die an das Arbeitsumfeld gestellten Anforderungen an die Toleranz und ständige Nachsicht so hoch, dass sogar die Beschäftigung in einer IV-Werkstatt fraglich sei (IV-act. 65).

**6.2.** Die Stellungnahme des Berufsberaters erfolgte im Hinblick auf den Anspruch auf Umschulung. Dass diese berufliche Massnahme aktuell nicht zielführend sein konnte, ergibt sich daraus, dass aufgrund der ADHS lediglich einfache, keine hohe Anforderungen an Konzentration und Aufmerksamkeit stellende Tätigkeiten zumutbar sind. Ein Beratungsgespräch mit dem Beschwerdeführer ist nicht protokolliert, was die Aussagekraft der Stellungnahme des Berufsberaters bezüglich Zumutbarkeit des Beschwerdeführers für das Arbeitsumfeld relativiert. Insbesondere aus dem Bericht des Coach, aber auch aus jenem des D.\_\_\_\_s, lässt sich herauslesen, dass beim Beschwerdeführer ein hohes Fachwissen und -interesse im Therapie-/Pflegebereich, kombiniert mit einer narzisstische Persönlichkeitsakzentuierung, auf eine eingeschränkte Leistungsfähigkeit und ein dadurch angeschlagenes Selbstbewusstsein treffen. Dies erschwert es ihm offenbar, eine Position zu akzeptieren, in der ihm Personen dieses Fachbereichs den Weg weisen. Diese Problematik dürfte sich in anderen Arbeitsbereichen, in denen der Beschwerdeführer nicht über besondere eigene Kenntnisse verfügt, entschärft präsentieren. Aus diesen Überlegungen ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer in einer adaptierten Tätigkeit für das Arbeitsumfeld tragbar ist. Von den Adaptationskriterien her fallen Tätigkeiten im betreuenden, therapeutischen, pflegerischen Bereich ausser Betracht. Körperlich sind dem Beschwerdeführer schwerere und die rechte Seite bzw. den rechten Arm belastende Tätigkeiten nicht mehr zumutbar. In Frage kommen daher insbesondere leichtere Überwachungs-, Kontroll- und Verpackungstätigkeiten sowie Arbeiten in der Lager- oder Ersatzteilmwirtschaft. Zu prüfen ist, ob ihm ein solcher Berufswechsel zumutbar ist.

### **6.3.**

**6.3.1.** Von der versicherten Person kann jene berufliche Umstellung verlangt werden, die ihr unter Berücksichtigung der gesamten objektiven und subjektiven Gegebenheiten des Einzelfalles zumutbar ist. Für die Beurteilung der Zumutbarkeit eines Berufswechsels sind insbesondere das Alter der versicherten Person, die Art und



Dauer ihrer bisherigen Berufstätigkeit, deren selbständige oder unselbständige Ausübung, die mit einer beruflichen Neueingliederung verbundene Veränderung der sozialen Stellung der versicherten Person, ihre persönlichen und familiären Verhältnisse sowie die entsprechend grössere oder geringere Flexibilität hinsichtlich ihres Wohn- und Arbeitsortes massgebend. Ins Gewicht fällt auch die Art und Dauer der beanspruchten Versicherungsleistungen sowie deren Kosten. Denn die Anforderungen an die Schadenminderungspflicht sind zulässigerweise dort strenger, wo eine erhöhte Inanspruchnahme der Sozialversicherung in Frage steht, wie dies beispielsweise bei Rentenleistungen an relativ junge Versicherte der Fall ist, denen in einer neuen beruflichen Tätigkeit noch eine lange Aktivitätsperiode verbleibt (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; seit 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 23. Dezember 2004, I 316/04, E. 2.2; Urteil des Bundesgerichts vom 3. November 2015, 8C\_413/2015, E. 3.3.1 mit Hinweisen).

**6.3.2.** Aus medizinischer Sicht besteht ein gewisses Spannungsverhältnis zwischen dem Erfordernis einer abwechslungsreichen Tätigkeit einerseits und einer einfachen, keine hohen Anforderungen an Konzentration und Aufmerksamkeit stellenden, den Beschwerdeführer möglicherweise unterfordernden Hilfsarbeit andererseits. Der Beschwerdeführer muss eine Tätigkeit aufgeben, für die er sich mit - in Anbetracht der ADHS wohl ausserordentlichem - Einsatz weiterbildete und die er während rund 20 Jahren, davon rund 12 Jahre in der selben Institution, ausübte. Indes führten auch invaliditätsfremde Gründe zur Berufsaufgabe, indem dem Beschwerdeführer aufgrund familiärer Belastungen die Kontrolle über sein Konsumverhalten entglitt (vgl. Bericht D.\_\_\_\_ vom 27. Mai 2014, IV-act. 10-13; Protokoll Assessment Eingliederung vom 5. Februar 2015, IV-act. 21; IV-act. 61-40). Gesamtbetrachtend hat der Beschwerdeführer hinzunehmen, dass er bei der Ausübung einer adaptierten Tätigkeit möglicherweise unterfordert sein wird bzw. einen beruflichen Abstieg erleidet (vgl. auch Urteil des Bundesgerichts vom 13. Juni 2019, 8C\_759/2018, E. 5.2 und 7.4.2). Demnach ist die Umsetzung der attestierten Arbeitsfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten zumutbar.

## 7.

**7.1.** Der Beschwerdeführer meldete sich am 20. Oktober 2014 bei der IV zum Leistungsbezug an (IV-act. 1). Gemäss Gutachten besteht langjährig, zumindest seit diesem Zeitpunkt eine volle Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit (IV-act. 61-59). Eine solche vollständige Arbeitsunfähigkeit bestand insbesondere auch schon während des stationären Aufenthalts im D.\_\_\_\_ (Mai 2013 bis Mai 2014). Das Wartejahr nach Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG war somit im Zeitpunkt der IV-Anmeldung



abgeschlossen. Die Frist nach Art. 29 Abs. 1 IVG endete im April 2015. Ein allfälliger Rentenanspruch besteht daher ab 1. April 2015. Das Jahr 2015 ist somit für den Einkommensvergleich massgebend (BGE 129 V 222).

**7.2.** Der Beschwerdeführer erzielte als therapeutischer Mitarbeiter der B.\_\_\_\_ ab 1. Januar 2012 ein Einkommen von Fr. 98'201.-- (Angaben Arbeitgeberin vom 6. Januar 2015, IV-act. 14-1 f.). Hinzu kamen Funktionszulagen von Fr. 259.30 im Monat (vgl. IV-act. 19); insgesamt belief sich das Jahreseinkommen somit auf Fr. 101'312.--. Unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung bis 2015 (Bundesamt für Statistik [BFS], Lohnentwicklung, T 39, Indices Männer: 2012: 2188; 2015: 2226) beträgt es Fr. 103'072.--. Der gemäss Gutachten zur Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit führende Gesundheitsschaden (neuro-kognitive Einschränkungen, ADHS) bestand zwar diagnoseimmanent schon vor dem Verlust der Stelle, jedoch führte er im Zusammenhang mit der Sucht und psychosozialen Belastungsfaktoren, die für sich nicht per se invalidisierend sind, zum Stellenverlust. Ohne die beschriebene Akzentuierung des Gesundheitsschadens wäre der Beschwerdeführer mit überwiegender Wahrscheinlichkeit am innegehabten Arbeitsplatz verblieben, weshalb das genannte Jahreseinkommen dem Valideneinkommen entspricht (Urteil des Bundesgerichts vom 21. Dezember 2016, 8C\_728/2016, E. 3.1, mit weiteren Verweisen).

### **7.3.**

**7.3.1.** Für die Bemessung des Invalideneinkommens ist vom Durchschnittseinkommen gemäss BFS, Kompetenzniveau 1, Männer, 2015 auszugehen. Es beläuft sich auf Fr. 66'633.-- (Informationsstelle AHV/IV, IV, Ausgabe 2019, Bern 2019, Anhang 2).

**7.3.2.** Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b/aa S. 323). Aufgrund dieser Faktoren kann die versicherte Person die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt möglicherweise nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten (BGE 126 V 75 E. 5b/aa in fine S. 80). Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen. Er ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen und darf 25 % nicht übersteigen (BGE 126 V 80 E. 5b/bb-cc; 134 V 327 f. E. 5.2; Urteil



9C\_368/2009 vom 17. Juli 2009 E. 2.1; zum Ganzen auch Urteil des Bundesgerichts vom 23. Dezember 2014, 9C\_630/2014, E. 2.1 mit weiteren Verweisen). Der Beschwerdeführer leidet unter einer ungünstigen Kombination einer Persönlichkeitsakzentuierung einerseits und an neuro-kognitiven Beeinträchtigungen insbesondere der Aufmerksamkeit und der Konzentration andererseits. Das Kompetenzniveau 1 umfasst zwar einfache Tätigkeiten ohne besondere kognitive Anforderungen und Verantwortung für Menschen und Abläufe, doch bestehen beim Beschwerdeführer diesbezüglich sowie hinsichtlich Teamfähigkeit, Aufmerksamkeit, Koordination und Sorgfalt weitergehende Einschränkungen, zumal diese im Adaptationsprofil eigens erwähnt werden (vgl. IV-act. 61-59). Trotz der ADHS konnte der Beschwerdeführer in der psychiatrischen Pflege bzw. Therapie und somit in einer intellektuell anspruchsvolleren Tätigkeit Fuss fassen. Die durch die ADHS bewirkten Einschränkungen erschweren dem Beschwerdeführer jedoch die berufliche Umstellung und erfordern von einem Arbeitgeber spezielles Entgegenkommen. Sodann reduziert seine Suchtanamnese seine Chancen auf dem Arbeitsmarkt. Die Auswirkungen des Poland-Syndroms, welches einerseits mit den psychischen Beeinträchtigungen interagiert und andererseits schwerere körperliche Arbeiten unzumutbar macht, sind im Wesentlichen im Anforderungsprofil des Kompetenzniveaus 1 berücksichtigt. Insgesamt erscheint ein Tabellenlohnabzug von jedenfalls 10 % begründet. Das Invalideneinkommen beträgt somit maximal Fr. 59'969.-- (90 % x Fr. 66'633.--). Damit resultiert ein Invaliditätsgrad von jedenfalls 41,8 % ([Fr. 103'072.-- - Fr. 59'969.--] : Fr. 103'072.--). Erst der maximale Tabellenlohnabzug von 25 % würde zu einem Invaliditätsgrad von über 50 % führen (Invalideneinkommen Fr. 49'975.--). Ein solcher Tabellenlohnabzug lässt sich jedoch bei Zugrundelegung eines Hilfsarbeiterlohnes und 100 %iger Arbeitsfähigkeit nicht begründen. Somit bleibt es beim Anspruch auf eine Viertelsrente.

### 8.

**8.1.** In Gutheissung der Beschwerde ist die Verfügung vom 20. Juni 2017 aufzuheben und dem Beschwerdeführer mit Wirkung ab 1. April 2015 eine Viertelsrente zuzusprechen. Zur Festsetzung und Ausrichtung der Rentenleistung ist die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

**8.2.** 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<sup>bis</sup> IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint als angemessen. Die Beschwerdegegnerin hat ausgangsgemäss die gesamte Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen.



**8.3.** Bei diesem Verfahrensausgang hat der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Parteienschädigung. Diese ist vom Gericht ermessensweise festzusetzen, wobei insbesondere der Bedeutung der Streitsache und dem Aufwand Rechnung zu tragen ist (Art. 61 lit. g ATSG; vgl. auch Art. 98 ff. VRP/SG, sGS 951.1). In der vorliegenden Streitsache erscheint eine Parteienschädigung von pauschal Fr. 3'500.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) angemessen. Damit erübrigt sich die Festlegung eines Honorars aus unentgeltlicher Rechtsverteidigung.

### Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

**1.**

In Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung vom 20. Juni 2017 aufgehoben und dem Beschwerdeführer mit Wirkung ab 1. April 2015 eine Viertelsrente zugesprochen. Zur Festsetzung und Ausrichtung der Rentenleistung wird die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.

**2.**

Die Beschwerdegegnerin hat eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen.

**3.**

Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteienschädigung von Fr. 3'500.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.