



Fall-Nr.: IV 2017/445
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 20.04.2021
Entscheiddatum: 18.09.2020

Entscheid Versicherungsgericht, 18.09.2020

Art. 16 ATSG. Art. 28 IVG. Würdigung eines psychiatrischen Gutachtens. Festlegung der Höhe der Arbeitsunfähigkeit im Verlauf. Prozentvergleich. Anspruch auf eine befristete Rente (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 18. September 2020, IV 2017/445).

Entscheid vom 18. September 2020

Besetzung

Versicherungsrichter Joachim Huber (Vorsitz), Versicherungsrichterinnen Christiane Gallati Schneider und Miriam Lendfers; Gerichtsschreiber Markus Jakob

Geschäftsnr.

IV 2017/445

Parteien

A.____,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Andreas Petrik, St. Leonhardstrasse 45, Postfach 1637, 9001 St. Gallen,

gegen

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



Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

IV-Leistungen

Sachverhalt

A.

A.a. A.____ (nachfolgend Versicherter), gelernter Offsetdrucker, arbeitete als Inlinedrucker am Standort B.____ für die C.____ AG, Jona (IV-act. 1, 15). Ab dem 20. Februar 2014 war der Versicherte wegen psychischer Leiden bei Dr. med. D.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, in Behandlung (IV-act. 9-5, 25). Ab dem 1. September 2014 bestand eine gänzliche Arbeitsunfähigkeit (IV-act. 2, KV-Fremdakten, 1, 7). Vom 11. bis 15. September und vom 27. September bis 20. Oktober 2014 wurde er stationär im Kriseninterventionszentrum und danach im Ambulatorium des Psychiatrischen Zentrums E.____ behandelt (IV-act. 24). Am 17. Oktober 2014 kündigte die Arbeitgeberin das Arbeitsverhältnis mit dem Versicherten per 30. November 2014 (IV-act. 15-6).

A.b. Am 22. Oktober 2014 meldete sich der Versicherte zum Bezug von IV-Leistungen (berufliche Integration/Rente) an (IV-act. 9).

A.c. Im Austrittsbericht des Psychiatrischen Zentrums E.____ vom 29. Oktober 2014 diagnostizierten med. prakt. F.____ und med. prakt. G.____ eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F32.11). Sie gingen weiterhin von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit aus (IV-act. 24).

A.d. Am 9. Januar 2015 untersuchte Dr. med. H.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Facharzt für Pharmazeutische Medizin FMH, im Auftrag der Krankentaggeldversicherung (nachfolgend: Versicherung) den Versicherten. Im Untersuchungsbericht vom 16. Februar 2015 erklärte Dr. H.____, dass diagnostisch nach Vorgeschichte, Beschwerdeschilderung, bisherigem Krankheitsverlauf und aktuellem Befund eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1) vorgelegen



habe, die inzwischen am Abklingen und aktuell nur noch leichtgradig ausgeprägt sei. Er vermutete, dass sich die Symptomatik vollständig zurückbilden werde. Zum damaligen Zeitpunkt erachtete er eine ärztliche bzw. psychotherapeutische Behandlung vorläufig, d.h. bis zur vollständigen Depressionslösung, noch als erforderlich, jedoch nicht darüber hinausgehende psychiatrische Behandlungsmassnahmen. Angesichts des deutlich rückläufigen klinischen Befunds ging Dr. H.____ nur noch bis Ende Februar 2015 von einer vollständigen und für die Monate März und April 2015 noch von einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit aus. Ab Mai 2015 erachtete er eine vollständige Arbeitsfähigkeit als umsetzbar. Zur Arbeitsfähigkeit führte Dr. H.____ aus, dass eine fortgesetzte Attestierung einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit keinen Vorteil bieten würde, denn eine längerfristige Arbeitsdispensation würde der Dekonditionierung und dem Vermeidungsverhalten geradezu Vorschub leisten und womöglich eine Spirale in Gang setzen, die über ängstliche Zurückhaltung vor neuen Herausforderungen zu einer Verstärkung dieser Vermeidungshaltung und somit zu einem weiteren Rückzug führen würde (KV-Fremdakten, 2-4ff.).

A.e. Im Austrittsbericht des Psychiatrischen Zentrums E.____ vom 3. Juli 2015 (teilstationärer Aufenthalt in der Tagesklinik vom 9. März bis 26. Juni 2015, Abschlussgespräch am 1. Juli 2015) diagnostizierten Dr. med. I.____, Oberarzt, und lic. phil. J.____, Psychologin, in psychiatrischer Hinsicht eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F32.11) und eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1). Im Weiteren wurde ausgeführt, dass die Zuweisung zur teilstationären Behandlung aufgrund einer erneuten Verschlechterung der depressiven Symptomatik und einer fehlenden Tagesstruktur erfolgt sei. Beim Austritt sei der Psychostatus im Vergleich zum Eintritt im Wesentlichen unverändert gewesen. Die von Dr. H.____ am 16. Februar 2015 gestellte Arbeitsfähigkeitsprognose (50 % ab März 2015, 100 % ab Mai 2015) habe sich aufgrund der Beobachtungen als nicht realistisch herausgestellt. Auszugehen sei von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit ab Beginn der tagesklinischen Behandlung am 9. März 2015 bis zum ersten Termin im Ambulatorium am 8. Juli 2015. Danach schätzten sie die Arbeitsfähigkeit in einer der Behinderung angepassten Tätigkeit auf 40 %, mit der Prognose einer Erreichung einer 50%igen Arbeitsfähigkeit innerhalb von sechs Monaten (IV-act. 37).



St.Galler Gerichte

A.f. Daraufhin bat die Versicherung Dr. H.____ um eine erneute Beurteilung der gesundheitlichen Situation des Versicherten anhand der Aktenlage. Dem Arzt wurden die Arztberichte des Psychiatrischen Zentrums E.____ vom 9. März und 3. Juli 2015 vorgelegt. In der Stellungnahme vom 20. August 2015 erklärte Dr. H.____, dass die Einschätzung durch die Ärzte des Psychiatriezentrums E.____ für ihn überraschend sei. Erklären liesse sich diese nur, wenn nach seiner Beurteilung eine unvorhergesehene Verschlechterung des Krankheitsbildes eingetreten sei. Er empfahl der Versicherung eine nochmalige Begutachtung des Versicherten (KV-Fremdakten, 5-5ff.).

A.g. In einer auf den Akten basierenden Stellungnahme vom 27. August 2015 erklärte RAD-Ärztin K.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, dass auf die Begutachtung von Dr. H.____ und seine Arbeitsfähigkeitseinschätzung nicht mehr abgestellt werden könne. Die RAD-Ärztin ging von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit für alle Tätigkeiten vom 3. März bis 8. Juli 2015 aus. Danach ging sie von einer Präsenzzeit von 3 bis 4 Stunden pro Tag aus mit dem Ziel, innerhalb von sechs Monaten eine 50%ige Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit aufzubauen (IV-act. 42).

A.h. Im Arztbericht des Ambulatoriums des Psychiatrischen Zentrums E.____ vom 11. September 2015 diagnostizierten Dr. med. L.____, Oberärztin, und med. prakt. M.____, Assistenzärztin, eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F32.11) und Störungen durch Sedativa oder Hypnotika, schädlicher Gebrauch (ICD-10: F13.1). Aufgrund des psychischen Zustands des Versicherten wurden die Medikation erhöht und die Konsultationsintervalle verkürzt. Die Arbeitsfähigkeit schätzten sie derzeit und bis 31. Oktober 2015 auf 20 % (KV-Fremdakten, 5-3f.).

A.i. Der Aufforderung der Versicherung, sich von Dr. H.____ am 16. September 2015 erneut untersuchen zu lassen, kam der Versicherte nicht nach (KV-Fremdakten, 4, 5-2).

A.j. Am 12. November 2015 wurde dem Versicherten vom Psychiatrischen Zentrum E.____ eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bis Ende November 2015 attestiert (IV-act. 48). Zirka Mitte November 2015 wurde die Behandlung im Psychiatrischen Zentrum E.____ im gegenseitigen Einverständnis abgebrochen (IV-act. 50).



A.k. Im Dezember 2015 konsultierte der Versicherte zweimal Dr. med. N.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie. Im Arztbericht vom 15. Dezember 2015 schilderte Dr. N.____ eine hochkomplexe Situation mit Auseinandersetzungen mit Behandlern und Institutionen (u.a. Krankentaggeldversicherungen, RAV, IV, Migrationsamt, Arbeitgeber, Sozialamt) sowie einer schwierigen psychosozialen Situation (erneut verheiratet, das Ehepaar erwarte im Frühjahr 2016 ein gemeinsames Kind, familiäre Belastungen, Kinder im KJPD St. Gallen). Wegen der genannten Faktoren ging er von einer ungünstigen Prognose aus. Ob auch noch posttraumatische Symptome massgeblich seien, konnte er noch nicht abschliessend beurteilen. Im Weiteren erwähnte er, dass gemäss Auskunft der Vorbehandler aus dem Ambulatorium die Zusammenarbeit mit dem Versicherten sehr schwierig gewesen sei. Es sei unmöglich gewesen, mit ihm einen roten Faden zu verfolgen. Dr. N.____ erachtete die Voraussetzungen für eine erfolgreiche therapeutische Arbeit mit dem Versicherten als nicht gegeben (IV-act. 51-2ff., vgl. auch IV-act. 63).

A.l. Am 26. Januar 2016 begab sich der Versicherte in Behandlung bei Dr. med. O.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH (IV-act. 68, 71). Mit ärztlichem Zeugnis vom 1. März 2016 attestierte Dr. med. P.____, Allgemeine Medizin FMH, dem Versicherten "überbrückend" eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 1. Januar bis 29. Februar 2016 (IV-act. 58, 72-4).

A.m. In der Stellungnahme vom 14. März 2016 erklärte RAD-Ärztin Dr. K.____, dass in absehbarer Zeit kein Eingliederungspotential erkennbar sei und eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für alle Tätigkeiten bestehe (IV-act. 59). Mit Schreiben vom 22. März 2016 teilte die IV-Stelle dem Versicherten die Abweisung des Leistungsbegehrens um berufliche Massnahmen mit (IV-act. 61).

A.n. Im Arztbericht vom 1. Juni 2016 diagnostizierte Dr. O.____ eine schizotype Störung (ICD-10: F21) und eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit paranoiden, schizoiden und emotional instabilen Anteilen (ICD-10: F61.0). Erste Symptome seien nach dem Tod der ersten Ehefrau am 22. März 2013 (vgl. IV-act. 10-1f.) aufgetreten. Die Ärztin ging von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit seit dem 1. September 2014 bis auf weiteres aus (IV-act. 70f.).



St.Galler Gerichte

A.o. Im Arztbericht vom 2. Juni 2016 erklärte Dr. P.____, dass ihm die Details zu den psychischen Leiden, deren Behandlung und den daraus resultierenden Einschränkungen nicht bekannt seien. Er verwies die IV-Stelle deshalb an die behandelnden Psychiater (IV-act. 72-2ff.).

A.p. Auf Empfehlung des RAD-Arztes Dr. med. Q.____, welcher die gestellten Diagnosen als zunehmend vielfältiger, aber auch als widersprüchlicher erachtete (IV-act. 74), erteilte die IV-Stelle am 29. Juli 2016 den Auftrag für eine psychiatrische Begutachtung an Dr. R.____, Facharzt für Neurologie, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie (IV-act. 77).

A.q. Im psychiatrischen Gutachten vom 27. Februar 2017 diagnostizierte Dr. R.____ gestützt auf die Aktenlage und die persönlichen Untersuchungen des Versicherten am 2. und 8. September 2016 eine neurotische Störung, nicht näher bezeichnet (ICD-10: F48.9). Zur Arbeitsfähigkeit führte er aus, dass die bisherige Tätigkeit als der Gesundheitsstörung angepasst gelten könne. Medizinisch-theoretisch betrage die störungsbedingte Leistungsminderung derzeit schätzungsweise 10 % (IV-act. 93). In der Stellungnahme vom 23. März 2017 erklärte RAD-Arzt Dr. Q.____, dass das Gutachten von Dr. R.____ den versicherungsmedizinischen Anforderungen entspreche und auf das Gutachtenergebnis abgestellt werden könne (IV-act. 96).

A.r. Mit Vorbescheid vom 3. April 2017 stellte die IV-Stelle dem Versicherten die Abweisung des Leistungsbegehrens auf eine Invalidenrente in Aussicht. Zur Begründung wurde angeführt, dass er ohne Behinderung ein Einkommen von Fr. 64'018.- (Valideneinkommen) und in einer leidensadaptierten Tätigkeit bei einer 90%igen Arbeitsfähigkeit ein solches von Fr. 59'808.- (Invalideneinkommen) erzielen könne. Die Erwerbseinbusse betrage Fr. 4'210.- und der Invaliditätsgrad 7 %. Es liege somit kein rentenbegründender Invaliditätsgrad vor (IV-act. 99).

B.

B.a. Am 19. Mai 2017 erhob der Rechtsvertreter des Versicherten, Rechtsanwalt lic. iur. Laurent Häusermann, St. Gallen, Einwand gegen den Vorbescheid vom 3. April 2017 (IV-act. 104). Verlangt wurde die Ausrichtung der gesetzlichen Leistungen. Zur Begründung wurde insbesondere angeführt, dass die Befunde, Diagnosen und



St.Galler Gerichte

Arbeitsfähigkeitsschätzungen der behandelnden Ärzte gegenüber den begutachtenden Ärzten Dr. H.____ und Dr. R.____ überzeugender seien. Die von Dr. R.____ im Gutachten gestellte Diagnose einer nichtinvalidisierenden neurotischen Störung sei nicht nachvollziehbar.

B.b. Am 23. Mai 2017 forderte die IV-Stelle Gutachter Dr. R.____ auf, zu den Einwänden des Versicherten aus medizinischer Sicht Stellung zu nehmen (IV-act. 105). Im Nachtrag zum Gutachten vom 23. Oktober 2017 führte Dr. R.____ insbesondere aus, dass sich der Versicherte – ohne Vorliegen von Krankheitsgründen – mit seinem Lebensstil selbst limitiere. Im Weiteren begründete er ausführlich seine Diagnosestellung (IV-act. 111). In der Stellungnahme vom 30. Oktober 2017 erklärte RAD-Arzt Dr. med. S.____, dass weiterhin auf das Ergebnis des Gutachtens abgestellt werden könne (IV-act. 112).

B.c. Mit Verfügung vom 30. Oktober 2017 verneinte die IV-Stelle den erhobenen Anspruch auf eine Invalidenrente. Zur Begründung wurde insbesondere ausgeführt, dass mit dem Einwand keine neuen medizinischen Tatsachen vorgebracht worden seien, weshalb weiterhin auf das Gutachten von Dr. R.____ abgestellt werde. Dem Versicherten sei eine adaptierte Tätigkeit seit Mai 2015 zu 90 % zumutbar. Der Invaliditätsgrad betrage lediglich 7 % (IV-act. 113).

C.

C.a. Dagegen gelangte der Rechtsvertreter des Versicherten am 1. Dezember 2017 mit Beschwerde ans Versicherungsgericht. Beantragt wurde: 1. Es sei die Verfügung vom 30. Oktober 2017 aufzuheben und es seien dem Versicherten die gesetzlichen Leistungen zu erbringen. 2. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zuzüglich Mehrwertsteuer zulasten der Beschwerdegegnerin. In verfahrensrechtlicher Hinsicht wurde beantragt, die Akten im Verfahren vor dem Versicherungsgericht St. Gallen betreffend Taggeldleistungen (KV-Z 2017/3) beizuziehen, das Verfahren formlos bis zum Abschluss des Verfahrens KV-Z 2017/3 zu sistieren und die Kosten bei der Hauptsache zu belassen. In materiellrechtlicher Hinsicht wurde insbesondere ausgeführt, dass es dem Gutachten von Dr. R.____ an der erforderlichen Schlüssigkeit fehle, weshalb nicht darauf abgestellt werden dürfe (act. G 1).



St.Galler Gerichte

C.b. Mit Schreiben vom 24. Januar 2018 teilte das Versicherungsgericht den Parteien die Sistierung des Verfahrens – bis zum Vorliegen eines rechtskräftigen Entscheids im Klageverfahren KV-Z 2017/3 – mit (act. G 4). Am 19. März 2019 erging der Entscheid in der Taggeldstreitigkeit KV-Z 2017/3. Nach Eintritt der Rechtskraft wurde die Sistierung des vorliegenden Verfahrens aufgehoben (act. G 6).

C.c. Am 30. September 2019 liess der Beschwerdeführer, neu vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Andreas Petrik, St. Gallen (vgl. act. G 5, G 5.1), eine ergänzende Beschwerdebegründung einreichen (act. G 13).

C.d. In der Beschwerdeantwort vom 13. November 2019 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde und eventualiter die Einholung eines Gerichtsgutachtens. Begründet wurde der Abweisungsantrag insbesondere damit, dass auf das Gutachten von Dr. R.____ abgestellt werden könne, denn der Gutachter habe die Akten angemessen gewürdigt, sei auf abweichende Diagnosen eingegangen und habe die Herleitung seiner Diagnosen begründet (act. G 15).

C.e. In der Replik vom 20. April 2020 hielt der Beschwerdeführer an den Rechtsbegehren gemäss Beschwerde vom 1. Dezember 2017 fest. Gerügt wurde insbesondere, dass der Gutachter es unterlassen habe, die funktionellen Auswirkungen der erhobenen Beschwerden zu beurteilen. Ausserdem habe eine schlüssige Beurteilung in Lichte der massgeblichen Indikatoren nicht stattgefunden (act. G 23).

C.f. Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf die Einreichung einer Duplik innert der angesetzten Frist (vgl. dazu act. G 24).

Erwägungen

1.

Zwischen den Parteien umstritten und nachfolgend zu prüfen ist der Rentenanspruch des Beschwerdeführers.

1.1. Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a),



während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (lit. c). Der Rentenanspruch entsteht frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1), jedoch frühestens im Monat der auf die Vollendung des 18. Altersjahrs folgt (Art. 29 Abs. 1 IVG). Die Rente wird vom Beginn des Monats ausbezahlt, in dem der Rentenanspruch entsteht (Abs. 3).

1.2. Als Invalidität gilt laut Art. 8 Abs. 1 ATSG die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. 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 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 zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

1.3. 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, 115 V 134 E. 2). 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 des Experten begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen; BGE 141 V 14 E. 6.3.1).

1.4. Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen, Art. 16 ATSG und Art. 28a Abs. 1 IVG).



1.5. Nach Art. 28 Abs. 2 IVG 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.

2.

Zunächst ist die zwischen den Parteien umstrittene Frage zu beantworten, ob der medizinische Sachverhalt rechtsgenügend abgeklärt worden ist.

2.1. Die Beschwerdegegnerin stützt sich für die Abweisung des Rentenanspruchs im Wesentlichen auf das psychiatrische Gutachten von Dr. R. ___ vom 27. Februar 2017 und den Nachtrag dazu vom 23. Oktober 2017 (IV-act. 93 und 111; IV-act. 113, 132, act. G 15-2f.). Der Beschwerdeführer bestreitet dagegen dessen Beweiskraft und verweist auf die abweichenden Einschätzungen der behandelnden Ärzte (act. G 13-3ff., G 23-2ff.).

2.2. Vorweg ist zu beachten, dass ein den Beweisanforderungen grundsätzlich genügendes medizinisches Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a und b) nicht in Frage gestellt werden und Anlass zu weiteren Abklärungen bieten kann, wenn und sobald die behandelnden medizinischen Fachpersonen nachher zu einer unterschiedlichen Beurteilung gelangen oder an vorgängig geäußerten abweichenden Auffassungen festhalten. Anders verhält es sich nur, wenn objektiv feststellbare Gesichtspunkte vorgebracht werden, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt geblieben waren und die geeignet sind, zu einer anderen Beurteilung zu führen (Urteil des Bundesgerichts vom 29. Juli 2008, 9C_830/2007, E. 4.3 mit Hinweisen). Ferner kann eine psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen. Sie eröffnet einer psychiatrischen Fachperson – sei sie nun in therapeutischer oder in begutachtender Funktion – daher praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern die Beurteilung des Experten oder der Expertin die Beweisanforderungen erfüllt (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 5. März 2009, 8C_694/2008, E. 5.1.1).

2.3. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann zunächst nur relevant sein, wenn sie Folge einer fachärztlich einwandfrei diagnostizierten Gesundheitsbeeinträchtigung ist (vgl. Bundesgerichtsentscheid vom 15. Mai 2017, 8C_95/2017; BGE 130 V 396). Da die diagnostische Einordnung einer psychischen Störung allein das objektiv bestehende tatsächliche Leistungsvermögen nicht festlegt, sind die funktionellen



Folgen der Gesundheitsschädigung qualitativ zu erfassen und quantitativ einzuschätzen (vgl. BGE 141 V 281 E. 3.1, 143 V 418 E. 4.1.2). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung (vgl. BGE 143 V 418 E. 7.1f.) sind grundsätzlich (bei Ausnahmen nach dem jeweiligen Beweisbedarf) sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen. Für die Beurteilung des funktionellen Leistungsvermögens sind - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits - gemäss BGE 141 V 281 also in der Regel diverse Standardindikatoren beachtlich. Diese hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.1.3): Kategorie "funktioneller Schweregrad" (E. 4.3) mit den Komplexen "Gesundheitsschädigung" (Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome; Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz; Komorbiditäten [E. 4.3.1]), "Persönlichkeit" (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen [E. 4.3.2]) und "sozialer Kontext" (E. 4.3.3) sowie Kategorie "Konsistenz" (Gesichtspunkte des Verhaltens [E. 4.4]) mit den Faktoren gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) und behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2).

2.4. Das der angefochtenen Verfügung vom 30. Oktober 2017 (IV-act. 113) zugrundeliegende psychiatrische Gutachten von Dr. R.____ vom 27. Februar 2017 und der Nachtrag dazu vom 23. Oktober 2017 (IV-act. 93 und 111) wurden vor dem BGE 143 V 418 (vom 30. November 2017) erstellt, welcher die Anwendbarkeit des strukturierten Beweisverfahrens gemäss BGE 141 V 281 auf sämtliche psychische Erkrankungen ausdehnte. Gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung verlieren vor BGE 141 V 281 (bzw. vor BGE 143 V 418) erstattete medizinische (psychiatrische) Gutachten ihren Beweiswert nicht per se. Vielmehr ist in jedem einzelnen Fall zu prüfen, ob die Sachverständigengutachten, gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten, eine schlüssige Beurteilung im Licht der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht (vgl. BGE 141 V 281 E. 8; vgl. Bundesgerichtsentscheid vom 18. Mai 2017, 8C_842/2016). Der psychiatrische Gutachter Dr. R.____ hat sich - wenn auch (da noch) in Unkenntnis der heute geltenden bundesgerichtlichen Terminologie nur sinngemäss - mit dem funktionellen Schweregrad der Beeinträchtigung und der Konsistenz auseinandergesetzt.



2.5.

2.5.1. Festzustellen ist, dass Dr. R.____ im Gutachten (IV-act. 93-2ff.) eine ausführliche Anamnese und Befunderhebung wiedergab (u.a. in Anlehnung an das AMDP System; IV-act. 93-8ff./15f.), die Ergebnisse der neuropsychologischen/ verhaltensneurologischen Testdiagnostik sowie der Blutuntersuchung (IV-act. 93-17f.) berücksichtigte und die Diagnose neurotische Störung, nicht näher bezeichnet (ICD-10: F48.9), stellte (IV-act. 93-24). Erläuternd führte er aus, dass er aufgrund des leicht niedergeschlagenen, unzufriedenen und dysphorischen Affekts, der Klagen über Reizbarkeit, Wut und Ärger, der Klagen über Abnahme der Hedonie und der Hinweise auf latente Minderwertigkeitsgefühle und Probleme im Bereich des Selbstwertes, vom Vorliegen eines leichten affektiven Syndroms ausgegangen sei. Die Klagen über Müdigkeit, Schwäche, körperliche Beschwerden würden zu einem neurasthenischen (asthenischen) Syndrom passen. Weitere erhobene Symptome habe er nicht einer spezifischen psychiatrischen Gesundheitsstörung zuordnen können. Er erachte daher die eher allgemeine, unspezifische Diagnose der neurotischen Störung als am passendsten. Er habe nur eine leichte, jedoch weder eine rezidivierende depressive Störung noch eine Persönlichkeitsstörung erheben können, obwohl einzelne Diagnosekriterien erfüllt erschienen seien. Die Auffälligkeiten im Verhalten seien durch krankheitsfremde Faktoren erklärbar, am ehesten durch die Religion/Kultur und soziales Aussenseitertum. Dass es nach dem Tod der ersten Ehefrau (22. März 2013, IV-act. 10-1f.) und des ungeborenen Kindes im Mutterleid der zweiten Ehefrau (September 2014, IV-act. 24-2) zu einer Trauerreaktion im Sinne einer gehemmten oder prolongierten Trauer gekommen sei, sei plausibel. Die Kriterien für eine depressive Episode infolge von Schicksalsschlägen seien damals möglicherweise erfüllt gewesen. Eine posttraumatische Belastungsstörung sei jedoch nicht nachgewiesen. Es fehle insbesondere an einer anschaulichen Wiedergabe von Beschwerdeschilderungen, die eine solche ergeben würde. Zu den früheren ärztlichen Einschätzungen führte Dr. R.____ aus, dass der Einfluss der sozialen Faktoren nur ungenügend gewürdigt worden sei. Es fehle eine Abgrenzung der Auswirkungen medizinisch-psychiatrischer von krankheitsfernen sozialen Faktoren. Deshalb sei er auch nicht zu den gleichen diagnostischen Einschätzungen wie der behandelnde Psychiater Dr. N.____ und die Psychiaterin Dr. O.____ gekommen (IV-act. 93-24f./30ff.). Im Nachtrag zum Gutachten vom 23. Oktober 2017 begründete Dr. R.____ nochmals seine Diagnosestellung und wies darauf hin, dass selbst wenn bei einer Depression vorkommende Symptome vorlägen, dies noch nicht bedeute, dass eine depressive Episode oder eine affektive



Störung gemäss ICD-10 gegeben sei, denn solche Symptome kämen bei vielen psychischen Erkrankungen vor (IV-act. 111).

2.5.2. Dr. R.____ äusserte sich auch zur Ausprägung der Gesundheitsschädigung (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.1.1). So führte er zum funktionellen Schweregrad aus, dass er zum Untersuchungszeitpunkt nur leichte Befunde habe feststellen können. Die Gesundheitsstörung trete hauptsächlich dadurch in Erscheinung, dass der Beschwerdeführer über Müdigkeit, körperliche Beschwerden und Auffälligkeiten im Gefühlsbereich sowie über Reizbarkeit und Niedergeschlagenheit klage. Der Beschwerdeführer habe zwar auch über sozialen Rückzug und die Abnahme von Aktivitäten geklagt. Dies stehe jedoch im Kontrast zu den relativ vielen Aktivitäten und sozialen Kontakten, die der Beschwerdeführer pflege (IV-act. 93-18/24f.).

2.6.

2.6.1. Unbestritten ist, dass zeitnah zu den erlittenen Schicksalsschlägen (Tod der ersten Ehefrau am 22. März 2013 und des ungeborenen Kindes der zweiten Ehefrau im September 2014) behandlungsbedürftige psychische Leiden aufgetreten sind (IV-act. 10-1f., 24-2, 93-11f./23/32). So begab sich der Beschwerdeführer im Februar 2014 in psychiatrische Behandlung. Ab September 2014 bis November 2015 erfolgten ambulante, teilstationäre und stationäre Behandlungen im Psychiatrischen Zentrum E.____. Gestützt auf die jeweils zeitnah erstellten Arztberichte des Psychiatrischen Zentrums E.____ (vgl. IV-act. 37, 50, 53, KV-Fremdakten, 5-3f., 7-13ff.) muss mit überwiegender Wahrscheinlichkeit vom Vorliegen einer zumindest mittelschweren Depression bis November 2015 ausgegangen werden. Die abweichenden Einschätzungen von Dr. H.____ (Gutachten vom 16. Februar 2015, KV-Fremdakten, 2-4ff.) und von Dr. R.____ (Gutachten vom 27. Februar 2017, IV-act. 93), in welchen bereits ab dem Frühjahr 2015 von einer wesentlichen gesundheitlichen Verbesserung und damit nicht mehr von einem erheblichen psychischen Leiden ausgegangen wird, vermögen bezüglich des Zeitraumes bis November 2015 nicht zu überzeugen. So äusserte sich Dr. H.____ im Februar 2015 rein prognostisch und in der Stellungnahme vom 20. August 2015 empfahl er eine erneute Begutachtung (KV-Fremdakten, 5-5ff.). Die Einschätzungen von Dr. R.____ beruhen auf den Untersuchungen des Beschwerdeführers, welche erst im September 2016 stattfanden. Es fehlt auch an einer überzeugenden Begründung, weshalb die zeitnahen Einschätzungen der Ärzte des Psychiatrischen Zentrums E.____ falsch sein sollen. In der Stellungnahme vom 20. August 2015 ging die RAD-Ärztin Dr. K.____ ebenfalls von einer eingeschränkten Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers aus. Von einer wesentlichen Verbesserung der



psychischen Leiden ist ab Dezember 2015 auszugehen, wurde doch die Behandlung im Psychiatrischen Zentrum E.____ Mitte November 2015 im gegenseitigen Einverständnis abgebrochen (IV-act. 50, 53: Die Klinikärzte attestiert dem Beschwerdeführer noch eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bis Ende November 2015). Ab Dezember 2015 dürften versicherungsrechtlich nicht relevante Problematiken in den Vordergrund getreten sein, erwähnte doch Dr. R.____ im Gutachten, dass krankheitsferne Faktoren beim Beschwerdeführer zu einer Selbstlimitierung geführt hätten. Genannt wurden familiäre Probleme und Konflikte, verursacht insbesondere durch unterschiedliche Lebensanschauungen und Wertvorstellungen der Familienmitglieder (vgl. IV-act. 93-11/23/28f./33), sowie finanzielle Probleme, infolge des Arbeitsplatzverlustes und der Einstellung der Krankentaggeldleistungen (vgl. IV-act. 93-14/28f.). Dr. N.____ erwähnte in seinem Arztbericht vom Dezember 2015 ebenfalls verschiedene krankheitsferne Faktoren (IV-act. 51-2ff.). Da die behandelnden Ärzte Dr. N.____ und Dr. O.____ bei ihren Einschätzungen auch krankheitsferne Beeinträchtigungen berücksichtigt haben (IV-act. 51-2ff., 71-2), kann in Übereinstimmung mit Dr. R.____ (IV-93-24f., 111) zumindest für die Zeit ab Dezember 2015 nicht unbesehen auf deren Atteste abgestellt werden.

2.6.2. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers machte in der Beschwerdebegründung vom 30. September 2019 hinsichtlich der Diagnosestellung geltend, dass die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden von Dr. R.____ nur mangelhaft berücksichtigt worden seien (act. G 13-3ff.). Insbesondere habe der Arzt eine depressive Episode nicht in Erwägung gezogen, obwohl zumindest vier der angegebenen Symptome bei einer Depression gegeben seien. Dazu ist festzustellen, dass Dr. R.____ die geklagten Beschwerden sehr wohl gewürdigt, jedoch auch weitere Erkenntnisse (wie das Verhalten und die Alltagsaktivitäten des Beschwerdeführers) bei der Diagnosestellung mitberücksichtigt hat. Auch führte er im Gutachten aus, dass er zum Untersuchungszeitpunkt kein schweres depressives Syndrom habe feststellen können (IV-act. 93-18/24/32), wobei er den erhobenen Psychostatus dokumentierte (IV-act. 93-15ff.). Zudem setzte sich Dr. R.____ mit den Diagnosen der behandelnden Psychiater Dr. N.____ und Dr. O.____ auseinander, wies dabei auf Inkonsistenzen sowie die Berücksichtigung krankheitsferner Faktoren hin (IV-act. 93-30ff.) und erwähnte, dass Dr. H.____ bereits im Gutachten vom 16. Februar 2015 von einer vorübergehenden depressiven Episode ausgegangen war (IV-act. 93-29f., KV-Fremdakten, 2-4ff.).

2.6.3. Zusammenfassend ist damit festzuhalten, dass hinsichtlich der Zeit ab Dezember 2015 die diagnostische Einschätzung von Dr. R.____ nachvollziehbar und schlüssig ist. Ab Dezember 2015 ist folglich vom Vorliegen einer neurotischen Störung, nicht näher



bezeichnet (ICD-10: F48.9), in einer nicht besonders schweren Ausprägung auszugehen. Bis und mit November 2015 ist dagegen auf die Diagnosestellung des Psychiatrischen Zentrums E.____ abzustellen und damit vom Vorliegen eines erheblichen psychischen Leidens (mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom, ICD-10: F32.11) auszugehen.

2.7.

2.7.1. Nachfolgend ist auf den Behandlungs- und Eingliederungserfolg bzw. die Therapieresistenz einzugehen (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2). Der Beschwerdeführer begab sich im Februar 2014 wegen eines depressiven Leidens in fachärztliche Behandlung (IV-act. 9-5, 25-2). Das depressive Krankheitsbild dürfte sich bis Ende November 2015 wesentlich verbessert haben, wurde doch die Behandlung im Psychiatrischen Zentrum E.____ Mitte November 2015 beendet. Der Beschwerdeführer konsultierte zwar im Dezember 2015 zweimal den Psychiater Dr. N.____, es erfolgte jedoch keine Behandlung (IV-act. 51-2ff., 63). Am 26. Januar 2016 konsultierte der Beschwerdeführer die Psychiaterin Dr. O.____ (IV-act. 71-1). Der eigentliche Behandlungsbeginn erfolgte gemäss den Angaben des Beschwerdeführers jedoch erst später, wahrscheinlich im Februar oder März 2016 (IV-act. 93-11). Dies erklärt auch, weshalb nicht Dr. O.____, sondern der Hausarzt Dr. P.____ am 1. März 2016 dem Beschwerdeführer rückwirkend für die Monate Januar und Februar 2016 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestierte (IV-act. 58, 72-4). Diese Arztbesuche ändern jedoch nichts daran, dass ab Dezember 2015 keine plausible Begründung für eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr ersichtlich ist. Anlässlich der Untersuchung im September 2016 konnte Dr. R.____ denn auch nur wenige versicherungsrechtlich relevante Funktionsdefizite feststellen, welche zudem nach seiner Einschätzung durch guten Willen und zumutbare Aktivierung von Ressourcen fast vollständig kompensierbar wären. Ausserdem war im Blutspiegel das verordnete Psychopharmakon Venlafaxin nicht nachweisbar, was auf eine Nichteinnahme des Medikaments hinweist und die Angewiesenheit auf dieses Medikament in Frage stellt. Falls sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers verschlechtern sollte, könnte die Medikamententherapie neu aufgesetzt werden (vgl. IV-act. 93-26f.). In Anbetracht des Gesagten ist davon auszugehen, dass mit Abschluss der Behandlung im Psychiatrischen Zentrum E.____ im November 2016 auch keine krankheitsbedingte Behandlungsbedürftigkeit mehr gegeben war. Eine Behandlungsresistenz ist damit jedenfalls nicht ausgewiesen.



2.7.2. Als rechtlich bedeutsame Komorbiditäten fallen – nebst Begleiterkrankungen mit eigenständiger invalidisierender Bedeutung (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3) – Beschwerden in Betracht, welchen im konkreten Fall ressourcenhemmende Wirkung beizumessen ist (vgl. BGE 143 V 418 E. 8.1). Dr. R.____ stellte gestützt auf die Untersuchung im September 2016 nur eine Diagnose (neurotische Störung in einer nicht besonders schweren Ausprägung). Selbst wenn vom Vorliegen weiterer Diagnosen ausgegangen würde, erscheint es in Anbetracht der nur geringen Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde als unwahrscheinlich, dass diesen eine ressourcenhemmende Wechselwirkung zukäme (vgl. IV-act. 93-24f.).

2.7.3. In Bezug auf die im Komplex Persönlichkeit zu prüfenden Merkmale (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen) ist dem Gutachten zu entnehmen, dass vor der Erkrankung im Jahr 2014 eine normale Sozialisation und eine volle Leistungsfähigkeit bestand. Auffällig war lediglich die zunehmende Verhaltensausrichtung des Beschwerdeführers nach der Religion und dabei insbesondere sein missionarisches Auftreten gegenüber Arbeitskollegen (vgl. IV-act. 93-13f./23/33). Die gezeigten Verhaltensweisen dürften jedoch noch in einem akzeptablen Rahmen gewesen sein, ansonsten hätte die Arbeitgeberin dem Beschwerdeführer nach erfolgter Kündigung nicht wieder einen neuen Arbeitsvertrag per 1. September 2014 angeboten (IV-act. 1, 15-2, 93-13). Im Gutachten beschrieb Dr. R.____ den Beschwerdeführer – in Anlehnung an die dimensionalen Persönlichkeitsmerkmale von Costa ("big five") – als eine wahrscheinlich eher durchschnittlich gesellige, eher leicht irritierbare, durchschnittlich gutmütig verträgliche, durchschnittlich gründlich gewissenhafte und durchschnittlich neugierige Persönlichkeit. Es gebe Hinweise auf eine Empfindlichkeit auf Kritik und auf eine gewisse Verletzbarkeit. Eine Persönlichkeitsakzentuierung habe sich aber nicht mit hinreichender Sicherheit belegen lassen und eine Persönlichkeitsstörung schon gar nicht (IV-act. 93-17/19). Festzuhalten ist, dass die gutachterlichen Einschätzungen zur Persönlichkeit nachvollziehbar sind und nach der Aktenlage auch zutreffend sein dürften. Relevante Abweichungen sind nicht ersichtlich.

2.7.4. Umstritten ist, ob der Beschwerdeführer über verwertbare Ressourcen verfügt. Der Beschwerdeführer verneint dies. Aus den Akten ergeben sich jedoch verschiedene Ressourcen. So verfügt der Beschwerdeführer über eine Ausbildung als Drucker und mehrjährige Berufserfahrung (IV-act. 15-1, 19, 93-13; KV-Fremdakten, 9-11f.). Ein berufliches Beziehungsnetzwerk dürfte daher vorhanden sein. Aus den vom Beschwerdeführer geschilderten Tagesabläufen sind ausserdem verschiedene Aktivitäten ersichtlich. So geht er regelmässig ins Thabox-Training, erledigt Einkäufe,



geht ein- oder zweimal pro Tag in die Moschee, hilft im Haushalt und betreut seine Kinder. Zudem nimmt er an den Elternabenden in der Schule teil. In den Ferien besuchte er alleine seine Familie in T.____ (IV-act. 93-10f./23/31). Siebeneinhalb Monate nach dem Tod seiner ersten Ehefrau am 22. März 2013 heiratete er am 5. November 2013 erneut (IV-act. 9-1f., 10-1f.). Es ist daher Dr. R.____ zuzustimmen, dass der Beschwerdeführer über verwertbare bzw. nutzbare Ressourcen verfügt.

2.7.5. Zum sozialen Kontext (BGE 141 V 281 E. 4.3.2) ist festzustellen, dass der Beschwerdeführer zusammen mit seiner zweiten Ehefrau sowie seinen fünf Kindern aus erster und zweiter Ehe zusammenlebt. Der Beschwerdeführer dürfte daneben auch Kontakte zu weiteren Personen haben, wie den Trainingskollegen vom Thaiboxen sowie Gläubigen, welche wie er mehrmals täglich die Moschee besuchen. Gemäss Dr. R.____ ist weder die Selbstbehauptungsfähigkeit noch die Kontaktfähigkeit zu Dritten und auch nicht die Gruppenfähigkeit krankheitsbedingt beeinträchtigt (IV-act. 93-10f./22f./31). Es ist folglich nicht von krankheitsbedingten sozialen Beeinträchtigungen auszugehen.

2.7.6. Der Beschwerdeführer macht eine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen Lebensbereichen geltend (BGE 141 V 281 E. 4.4.1). Dr. R.____ hält es für möglich, dass das Aktivitätsniveau des Beschwerdeführers vor Auftreten der Erkrankung höher gewesen sei. Nicht plausibel sei dagegen, dass die krankheitsbedingten Beschwerden dem Beschwerdeführer eine Arbeit verunmöglichen würden, wenn er im Alltag durchaus in der Lage sei, Leistungen zu erbringen (bspw. Einkaufen, Haushaltsarbeiten, Kinderbetreuung, Moscheebesuche; IV-act. 93-31). Aufgrund der aktenkundigen Alltagsaktivitäten kann nicht von einer krankheitsbedingten gleichmässigen Reduktion des Aktivitätsniveaus in allen Lebensbelangen (berufliche und persönliche Aktivitäten) ausgegangen werden.

2.7.7. Was den behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdruck (BGE 141 V 281 E. 4.4.2) angeht, ist festzustellen, dass der Beschwerdeführer sich im September 2015 weigerte, sich im Auftrag der Versicherung erneut von Dr. H.____ untersuchen zu lassen. Auch nahm er trotz Aufforderung seine Arbeit nicht wieder auf (IV-act. 52-1; KV-Fremdakten, 5-2). Die Behandlung im Ambulatorium des Psychiatrischen Zentrums E.____ brach er im November 2015 ab (IV-act. 50). In der Folge kam es zu mehrwöchigen Behandlungsunterbrüchen. Wohl erst im März 2016 nahm der Beschwerdeführer die Behandlung bei Dr. O.____ effektiv auf (vgl. Ausführungen in Erwägung 2.7.1). Bereits kurze Zeit später teilte der Beschwerdeführer seinem Hausarzt Dr. P.____ am 6. April 2016 mit, dass er sich bei Dr.



U.____ zur psychiatrischen Behandlung anmelden werde (IV-act. 72-4). Dies weist auf erneute Unstimmigkeiten hinsichtlich der Behandlungszielsetzung hin (vgl. IV-act. 51-2f.). Gemäss Arztbericht vom 1. Juni 2016 verschrieb Dr. O.____ dem Beschwerdeführer die Medikamente Quetiapin 150 mg und Venlafaxin 2 x 150 mg. Die von Dr. R.____ im September 2016 veranlasste Blutuntersuchung ergab, dass der gemessene Quetiapin-Spiegel (das Medikament wurde primär zur Schlafregulation verschrieben, IV-act. 93-27) zu den Angaben des Beschwerdeführers zur Medikamenteneinnahme passte, dagegen lag die Konzentration von Venlafaxin und seiner Abbauprodukte unterhalb der Nachweisgrenze. Dieses Resultat widerspricht der Aussage des Beschwerdeführers, dass er das Medikament täglich in therapeutisch wirksamer Dosis zu sich nehme (IV-act. 93-17f./27). Ist die therapeutische Einnahme eines Medikaments im Blutserum nicht nachweisbar, stellt dies immerhin ein Indiz für die Nichteinnahme dar. Festzuhalten ist somit, dass sich ein ausgewiesener Leidensdruck ab Dezember 2015 nicht (mehr) erhärten lässt. Dies trifft selbst dann zu, wenn wie vom Beschwerdeführer gefordert (vgl. act. G 13-7f., G 23-3) die Nichtnachweisbarkeit des Antidepressivums ausseracht gelassen wird.

2.8.

2.8.1. Zur Arbeitsfähigkeit führte Dr. R.____ im Gutachten aus, es sei plausibel, dass nach dem Tod der Ehefrau im Jahr 2013, den Schwierigkeiten am Arbeitsplatz und Belastungen durch die Sorge für die Kinder eine psychische Störung mit depressiven Symptomen eingetreten sei. Er ging jedoch nicht davon aus, dass die weitreichenden Beschwerden und Erscheinungsbilder auch noch über den Februar 2015 hinaus nachweisbar als überwiegend wahrscheinlich rein gesundheitsbedingt angesehen werden könnten. Dagegen mass er krankheitsfernen Faktoren eine wesentliche Rolle für das Erleben und Verhalten des Beschwerdeführers zu (IV-act. 93-33). Die wenigen Funktionsdefizite des Beschwerdeführers erachtete er durch guten Willen und zumutbare Aktivierung von Ressourcen als fast vollständig kompensierbar. Dementsprechend ging Dr. R.____ ab Mai 2015 von einer Leistungsminderung von maximal 10 % aus und erachtete eine 90%ige Arbeitsfähigkeit (realisierbar in einem vollzeitlichen Pensum) dem Beschwerdeführer als zumutbar (IV-act. 93-33ff.).

2.8.2. Der Arbeitsfähigkeitsschätzung von Dr. R.____ kann in Anbetracht der bei der Würdigung der Diagnosen gewonnenen Erkenntnisse (vgl. voranstehende Erwägung 2.6) nicht unbesehen gefolgt werden, sondern es bedarf ebenfalls einer zeitlichen Differenzierung. Für die Zeit ab 1. Dezember 2015 ist gestützt auf die Erkenntnisse aus dem strukturierten Beweisverfahren (nicht erheblicher Schweregrad der



diagnostizierten Gesundheitsschädigung, vorhandene persönliche und soziale Ressourcen, keine Behandlungsresistenz und kein erheblicher Leidensdruck) auf die Arbeitsfähigkeitsschätzung von Dr. R.____ von 90 % abzustellen. Hinsichtlich des Zeitraums ab 1. September 2015 (frühester Rentenbeginn, vgl. nachfolgende Erwägung 3.1) bis 30. November 2015 ist auf die Einschätzungen der Ärzte des Psychiatrischen Zentrums E.____ abzustellen, welche dazumal von einer 80%igen bzw. 100%igen Arbeitsunfähigkeit ausgingen (vgl. KV-Fremdakten 7-13ff.).

2.9. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass das Gutachten von Dr. R.____ die nach neuer Rechtsprechung für sämtliche psychiatrische Diagnosen erforderlichen Indikatoren des strukturierten Beweisverfahrens ausreichend berücksichtigt. In den Stellungnahmen vom 23. März und 30. Oktober 2017 erklärte der RAD gleichfalls, dass auf das Gutachten abgestellt werden könne (IV-act. 96, 112). Für eine abweichende rechtliche Beurteilung hinsichtlich der invalidenversicherungsrechtlichen Relevanz der psychiatrischen Diagnosen bleibt für die Zeit ab dem 1. Dezember 2015 somit kein Raum, zumal das Gutachten entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers die geklagten Beschwerden und die vorhandenen medizinischen Akten sehr wohl berücksichtigt. Insbesondere erscheint die abweichende gutachterliche Beurteilung gegenüber den früheren Arztberichten von Dr. N.____ und Dr. O.____ mit Blick auf die erhobenen Befunde, Diagnosen und Belastungsfaktoren, aber auch mit Blick auf die Tatsache, dass sich die Schätzung auf die bisherige und zugleich auch adaptierte Tätigkeit bezieht, als nachvollziehbar. Daher ist für die Zeit ab dem 1. Dezember 2015 auf die gutachterliche Arbeitsfähigkeitseinschätzung von 90 % abzustellen. Dabei ist dem Beschwerdeführer die angestammte Tätigkeit als Drucker weiterhin zumutbar. Für den Zeitraum vom 1. September bis 30. November 2015 ist dagegen gestützt auf die Einschätzungen der Ärzte des Psychiatrischen Zentrums E.____ von einer Arbeitsunfähigkeit von zumindest 80 % auszugehen.

2.10. Bei dieser Ausgangslage erübrigen sich weitere medizinische Abklärungen wie die vom Beschwerdeführer geforderte Einholung eines Gerichtsgutachtens (vgl. act. G 13, G 23).

3.

Es bleibt damit die Prüfung der erwerblichen Auswirkungen vorzunehmen.

3.1. Der Beschwerdeführer meldete sich am 22. Oktober 2014 zum Leistungsbezug an (IV-act. 9). Die behandelnden Ärzte attestieren ihm in der angestammten Tätigkeit ab dem 1. September 2014 im Schnitt eine Arbeitsunfähigkeit von mehr als 40 % (KV-



Fremdakten, 7-1ff.), womit das Wartejahr am 1. September 2015 erfüllt war. In Nachachtung von Art. 28 Abs. 1 lit. b und Art. 29 Abs. 1 und 3 IVG kann ein Rentenanspruch frühestens am 1. September 2015 entstehen.

3.2. Für die Zeit ab dem 1. Dezember 2015 ist dem Beschwerdeführer sowohl die angestammte Tätigkeit als (Inline-/Offset) Drucker als auch eine angepasste Tätigkeit in einem 90%-Pensum zumutbar. Im Jahr vor Eintritt des Gesundheitsschadens erzielte er gemäss IK-Auszug einen Lohn von Fr. 63'510.- (vgl. IV-act. 13-1). Gemäss dem neuen Arbeitsvertrag wurde der bisherige Monatslohn per 1. September 2014 um Fr. 358.- auf Fr. 4'500.- plus Zulagen erhöht (IV-act. 15-2). Damit entsprach der Lohn des Beschwerdeführers in etwa dem durchschnittlichen Hilfsarbeiterlohn gemäss der Lohnstrukturhebung 2014 des Bundesamtes für Statistik (Fr. 65'654.-, Kompetenzniveau 1, Männer, angepasst an die betriebsübliche Arbeitszeit). Der Invaliditätsgrad ist folglich im Rahmen eines Prozentvergleichs zu ermitteln (siehe zum Prozentvergleich etwa Urteil des Bundesgerichts vom 6. April 2016, 8C_628/2015, E. 5.3.1 mit Hinweisen). Ausgehend von einer 90%igen Restarbeitsfähigkeit beträgt der Invaliditätsgrad im Rahmen des Prozentvergleichs 10 %. Die Höhe eines Tabellenlohnabzugs kann vorliegend offengelassen werden, denn selbst bei Gewährung des nach der Rechtsprechung höchstzulässigen Abzugs von 25 % (vgl. BGE 126 V 75), welcher vorliegend aufgrund der konkreten Umstände auf jeden Fall zu hoch ist, würde ein nicht rentenbegründender Invaliditätsgrad von gerundet 33 % ($10 \% + [90 \% \times 25]$) resultieren.

3.3. Für die Zeit vom 1. September 2015 bis 30. November 2015 ergibt sich basierend auf einer 80%igen bzw. 100%igen Arbeitsunfähigkeit ein rentenbegründender Invaliditätsgrad von zumindest 80 %. Die per 1. Dezember 2015 eingetretene und dauerhafte gesundheitliche Verbesserung führt unter Berücksichtigung der bei der Rentenanpassung gemäss Art. 88a Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) geltenden dreimonatigen Frist für die Dauer ab 1. September 2015 bis 29. Februar 2016 zu einem befristeten Anspruch auf eine ganze Rente.

4.

4.1. Nach dem Gesagten ist die angefochtene Verfügung vom 30. Oktober 2017 aufzuheben und dem Beschwerdeführer befristet für die Zeit vom 1. September 2015 bis 29. Februar 2016 eine ganze Rente zuzusprechen. Zur Festsetzung und Ausrichtung der Rentenleistung ist die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.



4.2. 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^{bis} IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Da die Beschwerde lediglich teilweise betreffend einen rückwirkend befristeten Rentenanspruch gutgeheissen wird, ist von einem Obsiegen des Beschwerdeführers von einem Drittel auszugehen. Dem teilweisen Obsiegen entsprechend haben der Beschwerdeführer einen Anteil von Fr. 400.- und die Beschwerdegegnerin einen Anteil von Fr. 200.- an der Gerichtsgebühr zu bezahlen. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.- ist dem Beschwerdeführer im Umfang von Fr. 200.- zurückzuerstatten.

4.3. Da der Beschwerdeführer teilweise obsiegt, hat er einen reduzierten Anspruch auf eine Parteientschädigung. Diese ist vom Gericht ermessensweise festzusetzen, wobei insbesondere der Bedeutung der Streitsache und dem Aufwand Rechnung zu tragen ist. In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b der Honorarordnung (HonO; sGS 963.75; in der vorliegend anwendbaren, seit 1. Januar 2019 gültigen Fassung, siehe Art. 30^{bis} HonO) pauschal Fr. 1'500.- bis Fr. 15'000.-. In vergleichbaren Fällen spricht das Versicherungsgericht im Fall des Obsiegens eine Pauschalentschädigung von Fr. 3'500.- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu (siehe etwa die Entscheide des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 22. März 2019, IV 2018/205, E. 3.3, und vom 26. November 2018, IV 2017/177, E. 4.3). Entsprechend dem Obsiegen von einem Drittel erscheint eine Parteientschädigung von Fr. 1'200.- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) als gerechtfertigt.

5.

Da der Gerichtsschreiber verhindert ist, wird der Entscheid für diesen stellvertretend von einer mitwirkenden Richterin unterzeichnet (Art 39ter Abs. 2 des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege [VRP; sGS 951.1]).

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 30. Oktober 2017 aufgehoben und dem Beschwerdeführer befristet für die Zeit vom 1. September 2015 bis 29. Februar 2016 eine ganze Rente zugesprochen. Zur



Festsetzung und Ausrichtung der Rentenleistung wird die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.

2.

Die Beschwerdegegnerin hat einen Anteil an der Gerichtsgebühr in der Höhe von Fr. 200.- und der Beschwerdeführer einen solchen in der Höhe von Fr. 400.- zu bezahlen. Dem Beschwerdeführer wird der geleistete Kostenvorschuss im Umfang von Fr. 200.- zurückerstattet.

3.

Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 1'200.- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.