



Fall-Nr.: IV 2018/207
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 24.09.2020
Entscheiddatum: 08.06.2020

Entscheid Versicherungsgericht, 08.06.2020

Art. 7, 7b, 28 und 29 IVG; Art. 7, 8, 21 und 61 ATSG. Beweiswert eines Gutachtens. Rechtsprechung bei Abhängigkeitssyndromen. Vorliegend ist der Beschwerdeführer auch unter Berücksichtigung seiner Polytoxikomanie gesundheitlich nicht so schwer beeinträchtigt, dass seine Arbeitsfähigkeit relevant eingeschränkt wäre. Damit ist der Rentenanspruch zu verneinen (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 8. Juni 2020, IV 2018/207).

Entscheid vom 8. Juni 2020

Besetzung

Versicherungsrichterinnen Michaela Machleidt Lehmann (Vorsitz), Karin Huber-Studerus und Marie-Theres Rüegg Haltinner; Gerichtsschreiberin Felicia Sterne

Geschäftsnr.

IV 2018/207

Parteien

A.____,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Daniel Speck, St. Gallerstrasse 29,
9032 Engelburg,

gegen



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

Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

Rente

Sachverhalt

A.

A.a. A.____ meldete sich erstmals am 2. September 2008 zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (IV-act. 2). Im August bzw. September 2008 hielt RAD-Arzt Dr. B.____ unter Bezugnahme auf die Angaben des Hausarztes des Versicherten folgende Diagnosen fest: Abhängigkeitssyndrom (Methadon, Heroin, Alkohol), rezidivierende Gastritis und Hepatitis C. Würde der Versicherte den Substanzgebrauch meiden, wäre er zu 100% arbeitsfähig. Ein Entzug sei ihm zumutbar (IV-act. 8 f.). Mit Verfügung vom 20. November 2008 wies die IV-Stelle das Leistungsgesuch ab (IV-act. 16).

A.b. Am 12. Juni 2015 meldete der Versicherte sich erneut zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (IV-act. 17). Mit Stellungnahme vom 18. März 2016 führte RAD-Ärztin C.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, unter anderem aus, beim Versicherten liege nebst der verordneten Methadoneinnahme ein relevanter Konsum von Cannabis und Alkohol vor, durch den mit hoher Wahrscheinlichkeit ein Teil der Symptomatik verursacht werde (IV-act. 55).

A.c. Mit Strategieprotokoll vom 21. Juni 2016 hielt die IV-Stelle fest, es müsse eine Abstinenz vorliegen, bevor die Arbeitsfähigkeit mittels Begutachtung beurteilt werden könne (IV-act. 63). Am 7. Juli 2016 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, zurzeit seien bei ihm keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen möglich (IV-act. 66).

A.d. Im Besprechungsprotokoll vom 20. Oktober 2016 hielt die IV-Stelle fest, aufgrund des langjährigen erheblichen Drogen- und Alkoholkonsums, der Arbeitsmarktabsenz und fehlender Ressourcen stelle sich grundsätzlich die Frage nach der



Verhältnismässigkeit einer medizinischen Massnahme (Entzugsbehandlung mit Abstinenznachweis), welche bei der gegebenen Sachlage wenig erfolgsversprechend scheine. Es könne auch ohne Auflage eine fundierte medizinische Einschätzung gemacht werden (IV-act. 72). Am 7. Februar 2017 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, dass sie eine polydisziplinäre medizinische Untersuchung veranlassen werde (IV-act. 75).

A.e. Mit Gutachten vom 8. September 2017 diagnostizierten die Gutachter der PMEDA Polydisziplinäre Medizinische Abklärungen, Zürich-Wollishofen, (nachfolgend: PMEDA) eine chronische Hepatitis C, grenzwertiges Untergewicht (BMI 19), Polytoxikomanie (ICD-10: F19.2) mit fortgesetztem Konsum (Cannabis, Benzodiazepin, Methadon, Alkohol), eine arterielle Hypertonie sowie ein Refluxleiden (IV-act. 98-43). Die Arbeitsfähigkeit in körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeiten sei nicht als suchtmittel-unabhängig limitiert anzusehen (IV-act. 98-45 f.).

A.f. Mit Vorbescheid vom 14. November 2017 stellte die IV-Stelle dem Versicherten die Abweisung seines Rentengesuchs in Aussicht. Zudem wies sie ihn darauf hin, dass die Weiterführung des Suchtmittelkonsums gegen die Selbsteingliederungspflicht verstosse. Eine Entgiftung und Entwöhnung sei ihm zumutbar und in seinem Gesundheitsinteresse (IV-act. 103).

A.g. Mit E-Mail vom 14. Dezember 2017 informierte die Hausärztin die IV-Stelle, dass ungeklärte medizinische Probleme bestehen würden, z.B. eine massiv herabgesetzte körperliche Leistungsfähigkeit bei Untergewicht und Verdacht auf Herzprobleme (IV-act. 107). Mit Schreiben vom 29. Januar 2018 teilte sie der IV-Stelle mit, die Abklärung habe eine leichte Mitralklappeninsuffizienz sowie einen Verdacht auf arterielle Hypertonie ergeben. Vorerst werde der Bluthochdruck behandelt (IV-act. 114-2).

A.h. Mit Stellungnahme vom 9. April 2018 hielt RAD-Ärztin Dr. med. D.____, Allgemeine Innere Medizin FMH, fest, die Hausärztin habe keine neuen objektivierbaren Befunde beschrieben, welche eine vom Gutachten abweichende Beurteilung nötig machen würden. Insbesondere sei bereits im Gutachten die allgemeine Körperschwäche berücksichtigt worden (IV-act. 117).



A.i. Mit Vorbescheid vom 12. April 2018 stellte die IV-Stelle dem Versicherten erneut die Abweisung seines Antrags auf Invalidenrente in Aussicht (IV-act. 118). Mit als „Stellungnahme“ bezeichnetem Schreiben vom 2. Mai 2018 teilte der Versicherte der IV-Stelle mit, er erhalte ein neues Medikament zur Blutdrucksenkung und einen Magensäureblocker. Er wolle nochmals darauf hinweisen, dass er das Methadon als Schmerzmedikation verordnet bekommen habe (IV-act. 119).

A.j. Mit Verfügung vom 16. Mai 2018 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren ab. In einer adaptierten Tätigkeit sei der Versicherte voll arbeitsfähig. Aus seinem Einwand und den ergänzenden medizinischen Abklärungen habe sich kein neuer medizinischer Sachverhalt ergeben, welcher es erlauben würde, von der gutachterlichen Einschätzung abzuweichen (IV-act. 120).

B.

B.a. Gegen diese Verfügung erhebt A.____, vertreten durch Rechtsanwalt Daniel Speck, am 18. Juni 2018 Beschwerde. Er beantragt, die Verfügung vom 16. Mai 2018 sei aufzuheben und ihm sei eine Invalidenrente zuzusprechen. Zudem sei ihm die unentgeltliche Rechtspflege zu gewähren. Zur Begründung führt er aus, er konsumiere schon seit langer Zeit weder Cannabis noch Alkohol. Er gebe seiner Ärztin regelmässig Blut- und Urinproben ab. Methadon nehme er zur Schmerzbehandlung. Ein Knie schwellte aufgrund einer früheren Operation immer wieder an. Zudem habe er Rückenbeschwerden unklarer Herkunft. Im Ergebnis sei das PMEDA-Gutachten falsch, soweit darin ausgeführt werde, er sei 100% leistungsfähig. Tatsache sei, dass der Beschwerdeführer aktuell in einem Sozialprojekt Reinigungsarbeiten ausführe und nach zwei Stunden nicht mehr weiter arbeiten könne. Nur weil die Knie- und Rückenbeschwerden nicht untersucht worden seien, heisse das nicht, dass keine objektivierbare Ursache gegeben sei. Die Beschwerdegegnerin habe ihre Abklärungspflicht verletzt (act. G1).

B.b. Mit Beschwerdeergänzung vom 20. August 2018 führt der Beschwerdeführer weiter aus, die Knie- und Rückenschmerzen, Schlafstörung, Leberzirrhose und Depression seien seitens der PMEDA nicht weiter abgeklärt und auf die Polytoxikomanie geschoben worden. Dass der Beschwerdeführer Cannabis rauche, habe nur unwesentliche Bedeutung für die Arbeitsfähigkeit. Das Methadon ebenso wie



das Benzodiazepin seien ärztlich verordnet, sodass kein Medikamentenmissbrauch vorliege. Hinsichtlich des Alkohols sei er aufgrund seiner Magenbeschwerden abstinent. Die PMEDA habe in ihrem Gutachten ausgeführt, dass sich erst nach einer Entgiftung sagen lasse, welche Beschwerden aufgrund eines aktuellen Substanzgebrauchs bestehen und welche irreversibel seien. Dennoch würden die Gutachter die Meinung vertreten, die Arbeitsfähigkeit sei suchtmittelkonsum-abhängig begrenzt. Das Gutachten überzeuge nicht. Namentlich sei der Beschwerdeführer zu einer Entwöhnung und Entgiftung aufzubieten und anschliessend im Rahmen einer Oberexpertise zu begutachten, was ausdrücklich beantragt werde. Eine Suchterkrankung sei eine Krankheit, deren Behandlung länger dauere. Dies werfe die Frage auf, ob von einer langandauernden Krankheit auszugehen sei (act. G3).

B.c. Mit Beschwerdeantwort vom 24. September 2018 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Der Beschwerdeführer sei bei der PMEDA umfassend untersucht worden. Es sei rechtens, dass die PMEDA nur die aus ihrer Sicht wesentlichen medizinischen Berichte zitiere und im Übrigen darauf verweist, dass sie im Besitz der IV-Akten gewesen sei. Es gebe keine Hinweise, dass die vom Beschwerdeführer geltend gemachten Leiden von der PMEDA nicht umfassend und kompetent beurteilt worden seien. In der klinischen Untersuchung hätten sich keine wesentlichen Befunde im Rücken- oder Kniebereich ergeben und entsprechende operative Eingriffe seien keine aktenkundig. Der Beschwerdeführer sei demnach auch in dieser Hinsicht genügend durch die PMEDA untersucht worden. Weshalb die Leberwerte des Beschwerdeführers erhöht gewesen seien, sei irrelevant. Massgebend sei einzig, inwiefern daraus entsprechende Funktionsausfälle mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit resultierten. Dem Beschwerdeführer gelinge es nicht, aufzuzeigen, inwiefern die PMEDA seine Arbeitsfähigkeit rechtsfehlerhaft beurteilt haben sollte. Dessen chronische Hepatitis C und das Untergewicht habe sie berücksichtigt, indem sie ihm einzig noch in einer körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeit eine volle Arbeitsfähigkeit attestiert habe. Beim Beschwerdeführer liege eine primäre Drogensucht vor, die bis jetzt noch zu keiner quantitativen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit geführt habe und für sich alleine keine Invalidität begründe. Sein Einwand bezüglich Auflage



St.Galler Gerichte

eines Drogenentzugs laufe ins Leere, weil mangels eines IV-rechtlichen Schadens eine solche Massnahme nicht durchsetzbar sei (act. G5).

B.d. Am 15. Oktober 2018 heisst das Versicherungsgericht den Antrag des Beschwerdeführers auf unentgeltliche Rechtspflege (Befreiung von den Gerichtskosten und Bewilligung der unentgeltlichen Rechtsverteidigung) gut (act. G6).

B.e. Nachdem der Beschwerdeführer innert Frist keine Replik einreicht, wird der Schriftenwechsel am 7. Januar 2019 abgeschlossen (act. G7 und G8).

Erwägungen

1.

Berufliche Massnahmen wurden mit Mitteilung vom 7. Juli 2016 beendet (IV-act. 66). Vorliegend angefochten ist die ablehnende Rentenverfügung, weswegen ausschliesslich der Rentenanspruch Thema der vorliegenden Entscheidung ist.

2.

2.1. Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) versicherte Personen, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können, während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid sind. Als Invalidität gilt laut Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) 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 einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Erwerbsunfähigkeit liegt nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).



2.2. Nach Art. 28 Abs. 2 IVG besteht Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70%, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60% invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% besteht ein Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% ein Anspruch auf eine Viertelsrente. Der Rentenanspruch entsteht frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung (vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG).

2.3. 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). 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 351 E. 3a mit Hinweisen).

2.4. Im Sozialversicherungsrecht gelten der Untersuchungsgrundsatz und der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG). Verwaltung und Sozialversicherungsgericht haben von sich aus für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen (BGE 122 V 157 E. 1a). Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist. In diesem Rahmen haben Verwaltungsbehörden und das Sozialversicherungsgericht zusätzliche Abklärungen stets dann vorzunehmen oder zu veranlassen, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebenden Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (BGE 117 V 282 E. 4a). Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen (vgl. BGE 126 V 353 E. 5b; BGE 125 V 193 E. 2, je mit Hinweisen).

3.

3.1. Dass es sich bei einer Suchterkrankung um ein krankheitswertes Geschehen handelt, ist in der Praxis anerkannt (vgl. BGE 145 V 215 E. 5.1). Nach der früheren, zum Zeitpunkt des Schriftenwechsels noch geltenden konstanten Rechtsprechung des



Bundesgerichts führte eine Suchterkrankung wie Alkoholismus, Medikamentenabhängigkeit oder Toxikomanie als solche indes nicht zu einer Invalidität im Sinne des Gesetzes. Das Bundesgericht sprach in diesem Zusammenhang von einem primären Abhängigkeitssyndrom. Nur wenn die Suchterkrankung selbst Folge eines krankheitswerten Gesundheitsschadens war oder eine (weitere) Krankheit oder einen Unfall verursacht hatte, welche einen die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigenden Gesundheitsschaden zur Folge hatte (sog. sekundäres Abhängigkeitssyndrom), galt eine Suchterkrankung als invalidisierend (vgl. statt vieler BGE 124 V 265 E. 3c; Urteil des Bundesgerichts vom 11. Februar 2019, 8C_608/2018, E. 3.2.1).

3.2. Mit BGE 145 V 215 änderte das Bundesgericht am 11. Juli 2019 seine Rechtsprechung. In der final konzipierten Invalidenversicherung bestehe keine Grundlage dafür, das Herbeiführen einer Suchterkrankung durch den willentlichen Konsum von Suchtmitteln zum Anlass zu nehmen, einen versicherten Gesundheitsschaden von vornherein zu verneinen und mit der Begründung eines Selbstverschuldens der versicherten Person auf jegliche weitere Prüfung der funktionellen Einschränkungen zu verzichten. Neu sind auch primäre Abhängigkeitssyndrome – wie alle psychischen Erkrankungen – grundsätzlich einem strukturierten Beweisverfahren (Indikatorenprüfung) nach BGE 141 V 281 zu unterziehen.

3.3. Die Schadenminderungspflicht (Art. 7 IVG) kommt auch bei Vorliegen eines Abhängigkeitssyndroms zur Anwendung, sodass von der versicherten Person etwa die aktive Teilnahme an zumutbaren medizinischen Behandlungen verlangt werden kann. Kommt sie der Schadenminderungspflicht nicht nach, sondern erhält willentlich den krankhaften Zustand aufrecht, ist nach Art. 7b Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 21 Abs. 4 ATSG eine Verweigerung oder Kürzung der Leistungen möglich. Die willentliche Natur des fortgesetzten Substanzmittelkonsums kann indes bei Vorliegen eines Abhängigkeitssyndroms gerade nicht in jedem Fall vorbehaltlos bejaht werden. Es drängt sich hier keine andere Sichtweise auf als bei anderen psychischen Störungen, wo die Arbeits- resp. Erwerbsunfähigkeit das Resultat der einem objektiven Massstab folgenden Beurteilung ist, ob die versicherte Person trotz des ärztlich diagnostizierten Leidens einer angepassten Arbeit zumutbarerweise ganz oder teilweise nachgehen kann (BGE 145 V 215 E. 5.3).

3.4. Die Anordnung einer Entzugsbehandlung im Vorfeld einer Begutachtung unter dem Titel der Mitwirkungspflicht im Abklärungsverfahren ist nicht statthaft, würde damit doch die Qualifikation des Suchtgeschehens und seiner erwerblichen Auswirkungen als zum vornherein invalidenversicherungsrechtlich irrelevant und deshalb auszuschneiden



vorweggenommen. Wie es sich damit verhält, ist im Abklärungsverfahren gerade erst zu untersuchen. Demgegenüber darf eine Entzugsbehandlung als Behandlungsmassnahme – sofern im konkreten Fall zumutbar – jederzeit zur Schadenminderung angeordnet werden. Eine Verletzung der Schadenminderungspflicht berechtigt die Verwaltung, wie bereits ausgeführt, allenfalls zur Kürzung oder Verweigerung von Leistungen (Art. 7b IVG i.V.m. Art. 21 Abs. 4 ATSG; Urteil des Bundesgerichts vom 7. November 2019, 9C_309/2019, E. 4.2.2).

3.5. Zu beachten ist, dass auch bei Abhängigkeitssyndromen kein direkter Zusammenhang zwischen Diagnose und Arbeitsfähigkeit bzw. Invalidität besteht. Vielmehr sind die Auswirkungen des Gesundheitsschadens auf die funktionelle Leistungsfähigkeit im Einzelfall für die Rechtsanwendenden nachvollziehbar ärztlich festzustellen. Dem Schweregrad der Abhängigkeit im konkreten Einzelfall ist Rechnung zu tragen (BGE 145 V 215 E. 6). Aus Gründen der Verhältnismässigkeit kann jedoch dort von einem strukturierten Beweisverfahren abgesehen werden, wo es nicht nötig oder geeignet ist. Es bleibt etwa dann entbehrlich, wenn für eine Arbeitsunfähigkeit nach bestehender Aktenlage keine Hinweise bestehen oder eine solche im Rahmen beweiswertiger fachärztlicher Berichte nachvollziehbar verneint wird und allfälligen gegenteiligen Einschätzungen mangels fachärztlicher Qualifikation oder aus anderen Gründen kein Beweiswert beigemessen werden kann (BGE 145 V 215 E. 7).

3.6. Grundsätzlich ist eine neue Rechtsprechung sofort und überall anzuwenden. Sie gilt nicht nur für künftige, sondern für alle im Zeitpunkt der Änderung noch hängigen Fälle (BGE 142 V 551 E. 4.1).

3.7. Gutachten, welche gemäss altem Verfahrensstand eingeholt wurden, verlieren nicht per se ihren Beweiswert. Vielmehr ist in jedem einzelnen Fall zu prüfen, ob die beigezogenen administrativen und/oder gerichtlichen Sachverständigengutachten – gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten – eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht (strukturiertes Beweisverfahren). Je nach Abklärungstiefe und -dichte kann zudem unter Umständen eine punktuelle Ergänzung genügen (BGE 141 V 281 E. 8).

4.

4.1. Die Beschwerdegegnerin ging davon aus, dass beim Beschwerdeführer eine primäre Suchterkrankung vorliege, aus welcher keine weiteren Krankheiten hervorgegangen sind, welche die Arbeitsfähigkeit in rentenrelevantem Ausmass einschränken würden. Deshalb hat sie den Rentenanspruch gestützt auf die damalige



bundesgerichtliche Rechtsprechung (vgl. statt vieler BGE 124 V 265 E. 3c; Urteil des Bundesgerichts vom 11. Februar 2019, 8C_608/2018, E. 3.2.1) verneint.

4.2. Nach der neuen höchstrichterlichen Rechtsprechung, welche wie erwähnt sofort anzuwenden ist, ist indes nicht mehr relevant, ob ein primäres oder sekundäres Abhängigkeitssyndrom vorliegt. Zu klären ist vielmehr, ob die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers insgesamt wesentlich reduziert ist. Das PMEDA-Gutachten wird dabei nicht von vornherein hinfällig. In diesem Zusammenhang muss jedoch geprüft werden, ob anhand dieses Gutachtens ein strukturiertes Beweisverfahren durchgeführt werden kann (Indikatorenprüfung).

5.

5.1. Das PMEDA-Gutachten erfüllt grundsätzlich die versicherungsmedizinischen Anforderungen hinsichtlich Beweiswert. Insbesondere beruht es auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden und wurde in Kenntnis der Vorakten abgegeben. Nicht zu beanstanden ist, dass vor der Begutachtung keine Entzugsbehandlung stattfand. Dies wäre nach der neuen Rechtsprechung nicht zulässig gewesen, war doch die Zumutbarkeit der Entzugsbehandlung gerade auch von den Gutachtern zu klären (vgl. Urteil des Bundegerichts vom 7. November 2019, 9C_309/2019, E. 4.2.2). Das PMEDA-Gutachten ist sodann in seinen Schlussfolgerungen begründet und nachvollziehbar. Auch der RAD, E.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, hielt das Gutachten in der Stellungnahme vom 3. November 2017 für nachvollziehbar und beweistauglich (IV-act. 100). Nachfolgend ist zu prüfen, ob die vom Beschwerdeführer daran geäusserten Kritikpunkte den Beweiswert des Gutachtens zu erschüttern vermögen.

5.2. Der Beschwerdeführer bringt vor, das Gutachten erwähne nicht die Entzugsbehandlungen (2009 und 2016) sowie den vom Sozialamt veranlassten gescheiterten Arbeitsversuch. Beide Tatsachen ergeben sich indes aus den Vorakten, welche den Gutachtern bekannt waren (IV-act. 98-1). Zudem erwähnte der Beschwerdeführer diese auch selbst gegenüber den Gutachtern (siehe etwa IV-act. 98-20). Sie sind für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit jedoch lediglich von untergeordneter Bedeutung, zumal sich aus den Akten keine Hinweise darauf ergeben, dass der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers während den Entzugsbehandlungen bzw. des Arbeitsversuchs länger andauernd wesentlich besser oder schlechter war als zum Zeitpunkt der Begutachtung. Zudem kann aus den gescheiterten Entzugsbehandlungen und Arbeitsversuchen nicht ohne Weiteres gefolgert werden, eine Entgiftung und Entwöhnung, bzw. eine Aufnahme einer



Erwerbstätigkeit sei unzumutbar. Aus diesem Vorbringen kann der Beschwerdeführer demnach nichts zu seinen Gunsten ableiten.

5.3. Der Beschwerdeführer betont, er verrichte keine Teilzeitarbeit, sondern sei lediglich in einem Beschäftigungsprogramm tätig. Dies war den Gutachtern bewusst. Sie erwähnten denn auch, dass die Tätigkeit in einem geschützten Rahmen bzw. in einer sozialen Einrichtung ausgeübt werde (vgl. etwa IV-act. 98-10 f., 98-15 und 98-22). Zudem stützten sie ihre Arbeitsfähigkeitsschätzung nicht etwa sinngemäss darauf ab, der Beschwerdeführer sei bereits arbeitstätig. Auch dieses Vorbringen des Beschwerdeführers erweckt somit keinen Zweifel am Beweiswert des Gutachtens.

5.4. Der Beschwerdeführer macht weiter geltend, die Gutachter hätten seine Knie- und Rückenbeschwerden, Schlafstörungen, die Leberzirrhose sowie Depression nicht berücksichtigt.

5.4.1. Die Ein- und Durchschlafstörungen wie auch die Rücken- und Knieschmerzen hat der Beschwerdeführer gegenüber allen Gutachtern ausführlich dargelegt (vgl. etwa IV-act. 98-9 f., 98-14, 98-19, 98-21 und 98-26). Da er wach und allseitig orientiert erschien sowie im Verlauf der Begutachtungen nicht ermüdete und grundsätzlich konzentriert blieb (siehe hierzu E. 5.6 nachstehend), leuchtet es ein, dass die Gutachter den behaupteten Ein- und Durchschlafstörungen keine invalidisierende Wirkung beimassen.

5.4.2. Der Beschwerdeführer wohnt sodann in einer Wohnung im dritten Stock ohne Lift. Er verlässt die Wohnung regelmässig, um das Methadon von der Apotheke abzuholen, Spaziergänge oder Besuche zu machen sowie am Beschäftigungsprogramm teilzunehmen (IV-act. 98-10 f., 98-15 und 98-22). Es ist ihm demnach offenkundig möglich, mehrmals täglich drei Stockwerke Treppen zu steigen. Sein Gangbild erschien den Gutachtern unauffällig, ja sogar rasch und flüssig (IV-act. 98-11 bzw. 98-15). Auch konnte der Beschwerdeführer sich flüssig und ohne Anstrengungszeichen im Untersuchungsraum bewegen, insbesondere zügig und geschickt an- und auskleiden (IV-act. 98-11 und 98-15). Er erschien anlässlich der gutachterlichen Untersuchungen nicht schmerzgequält oder anderweitig namhaft beeinträchtigt, nahm keine Schonhaltung ein und zeigte keine vegetativen Reaktionen (vgl. beispielhaft IV-act. 98-16, 98-23 und 98-25). Gegenüber dem psychiatrischen Gutachter gab er sogar an, die Lumbalgien würden nicht ausstrahlen und seien mit Methadon effektiv behandelt. Nur bei ungünstigen Bewegungen käme es zu einschliessenden Schmerzspitzen (IV-act. 98-19). Im Bereich der Wirbelsäule zeigten sich denn auch keine groben Deformitäten und eine eutrophe (d.h. normal kräftige) Muskulatur ohne Hinweis auf Paresen (IV-act. 98-12). Der psychiatrische Gutachter



schloss zudem eine somatoforme Schmerzstörung aus und begründete dies ausführlich (IV-act. 98-25 f.). Anderweitige Arztberichte oder medizinische Unterlagen, welche eine wesentliche Funktionseinschränkung des linken Knies oder des Rückens ausweisen würden, liegen nicht im Recht. Der Beschwerdeführer befand sich wegen dieser Schmerzen demnach nicht in fachärztlicher Behandlung. Entsprechende Therapien oder operative Eingriffe standen offenbar nicht zur Diskussion. Die Beschwerdegegnerin hat unter diesen Umständen ihre Abklärungspflicht nicht verletzt, indem sie keine weiteren Abklärungen zu den Knie- und Rückenschmerzen tätigte. Auch ist nicht zu beanstanden, dass die Gutachter keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im Zusammenhang mit den geklagten Knie- und Rückenschmerzen attestiert haben.

5.4.3. Betreffend Leberzirrhose war den Gutachtern bekannt, dass die Leberparameter erhöht waren (wobei die Leber palpatorisch und perkutorisch nicht vergrössert war). Insbesondere deshalb erachteten sie den fortgesetzten schädlichen Alkoholkonsum als in erheblichem Masse gesundheitsgefährdend und empfahlen eine vollständige Abstinenz von allen Suchtmitteln (IV-act. 98-12 ff.). Invalidenversicherungsrechtlich kommt es grundsätzlich nicht auf die Diagnose an, sondern einzig darauf, welche Auswirkungen eine Erkrankung auf die Arbeitsfähigkeit hat. Massgebend ist in erster Linie der lege artis erhobene Befund und der Schweregrad der Symptomatik sowie die damit verbundenen Funktionseinschränkungen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 28. Juni 2018, 9C_273/2018, E. 4.2 mit Hinweisen). Dass die Gutachter die Leberzirrhose nicht ausdrücklich diagnostiziert haben, beeinträchtigt folglich ihre Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht.

5.4.4. Der psychiatrische Gutachter setzte sich sodann mit der früher gestellten Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung auseinander und begründete ausführlich, weshalb er eine solche ebenso wie eine somatoforme Schmerzstörung und eine organische Persönlichkeitsstörung ausschloss (IV-act. 98-25 f.). Insbesondere würden sich die Achsenkriterien einer depressiven Episode nicht finden, zumal die erhaltene Alltagsaktivität (Tagesstrukturierung, Freizeitgestaltung, soziale Aktivität), die Selbsteinschätzung und die Verhaltensbeobachtung gegen das Vorliegen einer depressiven Störung sprechen würden (IV-act. 98-25).

5.5. Nach dem Gesagten haben die PMEDA-Gutachter die vom Beschwerdeführer geltend gemachten Knie- und Rückenbeschwerden, Schlafstörungen, Leberzirrhose sowie Depression rechtsgenügend berücksichtigt. Sofern der Beschwerdeführer geltend macht, er konsumiere keinen Alkohol und kein Cannabis mehr (act. G1), ist ihm entgegenzuhalten, dass er zum Zeitpunkt der Begutachtung einen erheblichen Konsum



angab („regelmässig unregelmässig“ bis zu drei Liter Bier pro Tag sowie täglich drei bis sechs Joints, IV-act. 98-9, 98-14, 98-20 und 98-26). Diese Angaben sind mit Blick auf die Vorakten plausibel und stimmen mit den Beobachtungen der Gutachter überein (vgl. beispielhaft Feststellung eines Foetor alcoholicus, IV-act. 98-22), sodass das Gutachten in diesem Punkt nicht mangelhaft ist.

5.6. Der Beschwerdeführer bringt in der Beschwerde vor, der kognitive Abbau sei zu wenig abgeklärt worden (act. G1). Es fand jedoch eine ausführliche neuropsychologische Testung statt und alle Gutachter äusserten sich allgemein zu dieser Thematik. Sie hielten namentlich fest, der Beschwerdeführer sei während der persönlichen Untersuchungen wach, bewusstseinsklar und im Verlauf nicht ermüdend erschienen. Aufmerksamkeit, Konzentration und Gedächtnis seien unauffällig bzw. höchstens leichtgradig reduziert gewesen (wobei der Beschwerdeführer merklich alkoholisiert zur psychiatrischen Begutachtung erschien, vgl. IV-act. 98-22), Denkstörungen hätten keine bestanden. Die neuropsychologischen Funktionen (Sprache, Rechnen, Schreiben, Handlungsplanung und Ausführung, Orientierung und Wahrnehmung von Reizen) waren nicht bzw. höchstens leichtgradig gestört (IV-act. 98-11, 98-17 f., 98-23 sowie 98-27 f.). Die zerebrale Bildgebung zeigte keine krankheitswerten Veränderungen (IV-act. 98-19). Die neuropsychologische Testung ergab keinen ausreichenden Anhalt für eine invalidisierende kognitive Störung. Die wenigen festgestellten Defizite waren leichtgradig (vgl. IV-act. 98-37 f.). Somit wurden die kognitiven Fähigkeiten des Beschwerdeführers hinreichend abgeklärt.

5.7. Der Beschwerdeführer rügt, ihm sei das rechtliche Gehör mit Bezug auf die Auswahl der Gutachter ungenügend gewährt worden. Er wurde indes mit Mitteilung vom 7. Februar 2017 darüber informiert, dass die Beschwerdegegnerin eine umfassende medizinische Untersuchung in Auftrag geben würde, wobei auch die Fachdisziplinen genannt wurden. Gleichzeitig wurde er darüber in Kenntnis gesetzt, dass die Vergabe des Gutachtens nach dem Zufallsprinzip erfolgen würde (IV-act. 75). In der Folge wurde der Gutachtensauftrag korrekt vergeben (vgl. IV-act. 79). Zudem wurde der Beschwerdeführer mit Schreiben vom 29. März und 25. April 2017 sowohl über die Begutachtungsstelle (PMEDA) als auch über die Personen der Gutachter und deren entsprechende medizinischen Fachdisziplinen informiert (IV-act. 84 und 92). Die Vergabe des Gutachtensauftrags ist demnach nicht zu beanstanden. Dass der Beizug weiterer Fachdisziplinen für die Begutachtung erforderlich gewesen wäre, wird weder substantiiert geltend gemacht noch ergibt sich dies aus den Akten.

5.8. Soweit die PMEDA-Gutachter von den früheren Akteneinschätzungen abweichen, begründen sie ihre Beurteilung nachvollziehbar (siehe etwa IV-act. 98-39 f.). Aus den



seit der Begutachtung eingereichten medizinischen Berichten ergeben sich keine neuen medizinischen Tatsachen, welche Zweifel an der Beurteilung der PMEDA-Gutachter zu wecken vermöchten oder eine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers zwischen der Begutachtung und der angefochtenen Verfügung glaubhaft machen. So hielt RAD-Ärztin D.____, Allgemeine Innere Medizin FMH, mit Stellungnahme vom 9. April 2018 fest, an der Beurteilung gemäss Gutachten könne festgehalten werden. Die allgemeine Körperschwäche bei Untergewicht und Muskelatrophie sei berücksichtigt worden. Die kardiologische Abklärung habe einen normalen Ventrikel ohne Hinweis für ein Infarktgeschehen und eine normale Pumpfunktion gezeigt. Die Hausärztin nehme eine andere Beurteilung des gleichen medizinischen Sachverhaltes vor und beschreibe keine neuen medizinischen Tatsachen. Somit könne an der Beurteilung gemäss Gutachten festgehalten werden (IV-act. 117). Im Übrigen war den Gutachtern bekannt, dass beim Beschwerdeführer eine Hypertonie vorlag. Eine Auswirkung des dem Beschwerdeführer neu verschriebenen Magensäureblockers auf die Arbeitsfähigkeit erscheint unwahrscheinlich und wird auch nicht behauptet.

5.9. Den Gutachtern war sodann bekannt, dass der Beschwerdeführer das Methadon als Schmerzmedikation (nicht als Suchtmittelsubstitution) erhält. Sie erachteten diese Therapieführung jedoch bei fortgesetztem Alkohol- und Cannabis- sowie Benzodiazepinkonsum und hepatischer Schädigung (Hepatitis) als erheblich gesundheitsgefährdend und kontraindiziert (IV-act. 98-39).

5.10. Zusammenfassend vermögen weder die Vorbringen des Beschwerdeführers noch die neu eingereichten medizinischen Unterlagen erhebliche Zweifel am PMEDA-Gutachten zu erwecken. Das Gutachten ist folglich beweiskräftig, sodass darauf abzustellen ist.

6.

6.1. Nach der früheren Rechtsprechung war die Arbeitsunfähigkeit, welche von einer primären Toxikomanie herrührte, invalidenversicherungsrechtlich unbeachtlich. Nachdem im PMEDA-Gutachten festgehalten wurde, dass die festgestellten Einschränkungen überwiegend wahrscheinlich auf die Polytoxikomanie zurückzuführen seien, lehnte die Beschwerdegegnerin bereits aus diesem Grund Leistungen der Invalidenversicherung ab. Vorliegend ist deshalb zu prüfen, ob sich aus den mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Suchtmittelkonsum zurückzuführenden Einschränkungen eine relevante Arbeitsunfähigkeit ergibt.



6.2. Vorab ist in diesem Zusammenhang festzuhalten, dass die chronische Hepatitis C, das grenzwertige Untergewicht, die arterielle Hypertonie (soweit sie nicht ohnehin medikamentös gebessert werden kann) sowie das Refluxleiden des Beschwerdeführers keine Arbeitsunfähigkeit begründen, jedoch bei den Kriterien einer adaptierten Arbeitstätigkeit insofern berücksichtigt werden, als dem Beschwerdeführer nur noch leichte bis mittelschwere Tätigkeiten zumutbar sind. Dieses Anforderungsprofil kommt auch den vom Beschwerdeführer geltend gemachten Rücken- und Kniebeschwerden entgegen, wobei diesbezüglich keine arbeitsfähigkeitsrelevanten Diagnosen gestellt wurden.

6.3. Dass nebst den erwähnten Diagnosen und der Suchtmittelerkrankung weitere Störungen oder Erkrankungen vorliegen, welche die Arbeitsfähigkeit relevant einschränken würden, ist nicht überwiegend wahrscheinlich (vgl. insbesondere IV-act. 98-19, 98-25 f. und 98-39 f. sowie die vorstehenden Ausführungen unter E. 5). Unabhängig davon, dass die Gutachter die negativen Effekte als durch eine zumutbare Entzugstherapie reversibel erachten, bestanden sogar unter der zum Gutachtenszeitpunkt vorliegenden Polytoxikomanie bloss leichte Einschränkungen beim Beschwerdeführer. Insbesondere war sein Allgemeinzustand gut (IV-act. 98-11). Er zeigte keine (neuropsychologische Untersuchung, IV-act. 98-27) bzw. lediglich eine leichtgradige Ataxie (neurologische Untersuchung, IV-act. 98-19). Sein Aktivitätsniveau (Tagesstrukturierung, Freizeitgestaltung, soziale Aktivität) war erhalten, wobei abgesehen von der Polytoxikomanie keine psychiatrischen Diagnosen gestellt werden konnten (IV-act. 98-24 f.). Auch die neuropsychologischen Tests ergaben lediglich leichtgradige Defizite und keinen Anhalt auf eine invalidisierende kognitive Störung (IV-act. 98-37 f.).

6.4. Demnach liegt selbst bei Berücksichtigung der negativen Effekte der Polytoxikomanie keine Arbeitsunfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit vor. Folglich hat das vorliegende Abhängigkeitssyndrom keine invalidisierende Wirkung, sodass auch unter der neuen Rechtsprechung von einer vollen Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit auszugehen ist. Somit hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Invalidenrente und die Beschwerdegegnerin hat seinen Antrag zu Recht abgelehnt.

6.5. Unter diesen Umständen ist auch der Antrag des Beschwerdeführers auf neuerliche Begutachtung nach einer angeordneten Entzugsbehandlung (act. G3) ohne Weiteres abzuweisen.

6.6. Es bleibt dem Beschwerdeführer unbenommen, sich für die Durchführung von beruflichen Massnahmen erneut bei der Beschwerdegegnerin zu melden. Aufgrund der



langen Abwesenheit vom Arbeitsmarkt sowie der gesundheitlichen Einschränkungen des Beschwerdeführers dürfte Unterstützung bei der Wiedereingliederung zu prüfen sein, zumal er gegenüber einem gesunden Arbeitnehmer eine erhebliche Lohneinbusse wird in Kauf nehmen müssen. In Nachachtung seiner Selbsteingliederungs- sowie Schadenminderungspflicht wird der Beschwerdeführer allenfalls anzuordnende Auflagen zu erfüllen haben und muss auch subjektiv eingliederungsfähig sein.

7.

7.1. Die Beschwerde ist nach dem Gesagten vollumfänglich abzuweisen.

7.2. 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 vorliegenden Angelegenheit angemessen. Da der Beschwerdeführer vollumfänglich unterliegt, ist die Gerichtsgebühr grundsätzlich ihm aufzuerlegen (Art. 95 Abs. 1 des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege [VRP; sGS 951.1]). Zuzufolge unentgeltlicher Rechtspflege ist der Beschwerdeführer von der Bezahlung zu befreien.

7.3. Der Staat bezahlt zufolge unentgeltlicher Rechtsverteiständung die Kosten der Rechtsvertretung. Die Parteienschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG). In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b der Honorarordnung für Rechtsanwälte und Rechtsagenten (HonO; sGS 963.75) pauschal Fr. 1'500.-- bis Fr. 15'000.--. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat keine Honorarnote eingereicht. Der Bedeutung und dem Aufwand der Streitsache angemessen erscheint eine Parteienschädigung von pauschal Fr. 3'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer). Diese ist um einen Fünftel zu kürzen (Art. 31 Abs. 3 des Anwaltsgesetzes, sGS 963.70). Somit hat der Staat den Rechtsvertreter pauschal mit Fr. 2'800.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen.

7.4. Eine Partei, der die unentgeltliche Rechtspflege gewährt wurde, ist zur Nachzahlung verpflichtet, sobald sie dazu in der Lage ist (Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung [ZPO; SR 272] i.V.m. Art. 99 Abs. 2 VRP).

Entscheid



im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Der Beschwerdeführer wird von der Bezahlung der Gerichtsgebühr in der Höhe von Fr. 600.-- zufolge unentgeltlicher Rechtspflege befreit.

3.

Der Staat entschädigt den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers zufolge unentgeltlicher Rechtsverteistandung mit Fr. 2'800.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer).