



**Fall-Nr.:** IV 2020/130  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 22.04.2022  
**Entscheiddatum:** 06.09.2021

### **Entscheid Versicherungsgericht, 06.09.2021**

**Art. 28 IVG: Gestützt auf das beweiskräftige Gutachten von Dr. N.\_\_\_\_ sowie den Gesamteindruck der übrigen Akten ist davon auszugehen, dass eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit - zumindest in optimal angepassten Tätigkeiten - nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgewiesen ist und diesbezüglich von weiteren Abklärungen vor dem Hintergrund der erhobenen Aggravationstendenzen keine besseren Erkenntnisse zu erwarten sind, weshalb darauf zu verzichten ist (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. BGE 136 I 236 ff. E. 5.3 und 5.5 mit weiteren Hinweisen). Die Folgen der Beweislosigkeit hat der Beschwerdeführer zu tragen. Abweisung der Beschwerde (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 6. September 2021, IV 2020/130). Bestätigt durch Urteil des Bundesgerichts 8C\_689/2021.**

#### **Entscheid vom 6. September 2021**

Besetzung

Präsidentin Miriam Lendfers, Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider und Versicherungsrichter Joachim Huber; Gerichtsschreiberin Sabrina Bleile

Geschäftsnr.

IV 2020/130

Parteien

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

**Beschwerdeführer,**



## St.Galler Gerichte

vertreten durch Rechtsanwältin Melina Tzikas, MLaw, schadenanwaelte AG,  
Totentanz 5, Postfach 2039, 4001 Basel,

gegen

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

**Beschwerdegegnerin**,

Gegenstand

**Rente**

**Sachverhalt**

**A.**

**A.a.** A.\_\_\_\_ (nachfolgend: Versicherter) meldete sich erstmals am 14. Februar 2012 bei der IV-Stelle des Kantons St. Gallen (nachfolgend: IV-Stelle) für berufliche Massnahmen und Rentenleistungen an (IV-act. 3). In einem Telefonat vom 15. Februar 2012 erklärte der Versicherte der IV-Stelle, dass er am 8. Oktober 2010 (richtig: 28. August 2010; vgl. Fremdakten, act. 1.84 f.) einen Autounfall erlitten habe und seither Rücken-, Fuss- und Bandscheibenschmerzen habe. Nach dem Unfall habe er nicht mehr gearbeitet (vgl. IV-act. 6). Vor dem Unfall hatte er zuletzt bei der Firma B.\_\_\_\_ als P.\_\_\_\_ bzw. Allrounder in einem befristeten Anstellungsverhältnis, das Ende 2010 geendet hatte, gearbeitet (vgl. IV-act. 17). Vom 15. November bis 16. Dezember 2010 hatte er sich stationär in der Rehaklinik C.\_\_\_\_ aufgehalten. Im Austrittsbericht waren als Diagnosen eine HWS-Distorsion QTF II sowie myofasziale Restbeschwerden im Schulter- und Nackenbereich genannt worden. Weiter war festgehalten worden, es sei eine erhebliche Symptomausweitung beobachtet worden. Es sei davon auszugehen, dass bei gutem Effort eine bessere Leistung hätte erbracht werden können, als bei den Leistungstests und im Behandlungsprogramm gezeigt worden sei. Infolge Selbstlimitierung hätten die zu erwartenden Verbesserungen bezüglich Funktion und Belastbarkeit nicht erreicht werden können. Die Resultate der physischen Leistungstests seien deshalb für die Beurteilung der zumutbaren körperlichen Belastbarkeit nur teilweise verwertbar. Das



Ausmass der demonstrierten physischen Einschränkungen lasse sich mit den objektivierbaren pathologischen Befunden der klinischen Untersuchung, der bildgebenden Abklärung sowie den Diagnosen nur ungenügend erklären. Die Beurteilung der Zumutbarkeit stütze sich wesentlich auf medizinisch-theoretische Überlegungen unter Berücksichtigung der Beobachtungen bei den Leistungstests und im Behandlungsprogramm. Aus unfallkausaler Sicht könne der Versicherte ab dem 20. Dezember 2010 die Tätigkeit als Mitarbeiter in der Q.\_\_\_\_ wieder zu 50 % und ab dem 17. Januar 2011 zu 75 % aufnehmen, wobei zum Einstieg eine etwas leichtere Tätigkeit empfohlen werde. In anderen leichten bis mittelschweren Tätigkeiten sei eine ganztägige Arbeitstätigkeit möglich. Es liege keine psychische Störung vor, welche eine arbeitsrelevante Leistungsminderung begründen würde (IV-act. 12-3 ff.). In einem Bericht vom 9. Juli 2012 attestierte Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeinmedizin, E.\_\_\_\_ AG, dem Versicherten eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer körperlich angepassten Tätigkeit (vgl. IV-act. 25-3). Vom 7. bis 31. August 2012 wurde der Versicherte in der Tagesklinik F.\_\_\_\_, Psychiatrie G.\_\_\_\_, behandelt, wobei die behandelnde Ärztin aufgrund der lediglich drei Wochen dauernden Behandlung die Arbeitsfähigkeit nicht einschätzen konnte. Als Diagnosen nannte sie in einem Bericht an die IV-Stelle vom 23. Oktober 2012 eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom sowie einen Status nach HWS-Distorsion am 28. August 2010 im Rahmen einer Auffahrkollision (vgl. IV-act. 33). Dr. med. H.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, teilte am 17. Dezember 2012 mit, den Versicherten in den drei Monaten zuvor nur einmal gesehen zu haben (vgl. IV-act. 37). Nach der Einholung einer Beurteilung des regionalen ärztlichen Dienstes (RAD), in welcher die Eingliederungsfähigkeit des Versicherten im Umfang von mindestens 50 % steigerbar eingeschätzt worden war (vgl. IV-act. 40), sowie der Durchführung eines Assessmentgesprächs (vgl. IV-act. 43) wies die IV-Stelle mit Mitteilung vom 29. April 2013 den Anspruch auf berufliche Massnahmen ab, da sich der Versicherte nicht in der Lage fühle, an Eingliederungsmassnahmen mitzuwirken (vgl. IV-act. 45).

**A.b.** Mit Vorbescheid vom 18. September 2013 stellte die IV-Stelle dem Versicherten die Abweisung des Rentenbegehrens bei einem Invaliditätsgrad von 0 % in Aussicht, da die bei ihm diagnostizierte mittelgradige depressive Episode in der Regel keine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im



Sinne eines verselbständigten Gesundheitsschadens darstelle. Leichte bis höchstens mittelschwere psychische Störungen würden grundsätzlich als therapeutisch angehebbar gelten. Es lägen keine Hinweise für eine dauerhafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vor (vgl. IV-act. 51). Am 4. November 2013 verfügte die IV-Stelle die Abweisung des Rentenbegehrens im Sinne des Vorbescheids (vgl. IV-act. 52).

### **B.**

**B.a.** Am 30. August 2016 meldete sich der Versicherte erneut bei der IV-Stelle zum Leistungsbezug an (IV-act. 58). Zur Glaubhaftmachung einer Veränderung des Gesundheitszustandes (vgl. IV-act. 59) wurden ein Operationsbericht über eine im Oktober 2014 durchgeführte arthroskopische suprapectorale Bicepssehnenentodese sowie eine subacromiale und eine ACG-Dekompression Schulter rechts (IV-act. 67), ein Operationsbericht über eine im Mai 2016 durchgeführte Schulterarthroskopie links mit Intervallresektion, Mobilisation in Narkose, Acromioplastik und AC-Gelenkresektion sowie subacromiale postoperative Infiltration mit Kenacort (IV-act. 64), der Austrittsbericht zur Hospitalisation im Mai 2016 (IV-act. 63), ein Sprechstundenbericht vom August 2016 (IV-act. 62) sowie ärztliche Bescheinigungen für eine vom 19. Mai bis 14. August 2016 bestehende Arbeitsunfähigkeit eingereicht (IV-act. 65). In einem bei der IV-Stelle am 6. Februar 2017 eingegangenen Bericht erklärte Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt Allgemein-, Sportmedizin und Psychotherapie (D), dass der Versicherte im Jahr 2013 zu ihm gewechselt habe. Damals habe er sich schon in psychiatrischer Therapie bei Dr. H.\_\_\_\_ befunden und der IV-Antrag sei schon ausgefüllt und abgeschickt gewesen. Er, Dr. I.\_\_\_\_, habe die somatische Behandlung zurückgestellt und primär die psychiatrische favorisiert. Es bestünden noch körperliche Restbeschwerden, die auch mit schmerzadaptierter Arbeit behandelt werden könnten. Weiterhin sei eine Depression in Behandlung. Die Einnahme von Antidepressivum und eine schmerzadaptierte Arbeit müssten möglich sein (IV-act. 85 i.V.m. 80). Am 7. Februar 2017 berichtete ein behandelnder Arzt der psychiatrischen Tagesklinik R.\_\_\_\_, dass sich der Versicherte aktuell dort in Behandlung befinde. Im Behandlungsverlauf sei es zuletzt vor dem Hintergrund mehrerer psychosozialer Belastungsfaktoren zu einer deutlichen Labilisierung des Zustandsbildes gekommen mit einer Zunahme der depressiven Symptomatik und damit verbundenen Suizidideen. Trotz der aktuellen Krise sei der Behandlungsverlauf als positiv zu werten, und im Verlauf des Monats



## St.Galler Gerichte

Februar 2017 sollte der Versicherte in der Lage sein, einer leidensangepassten Tätigkeit in einem Pensum von 30 % nachzugehen (IV-act. 79-1; vgl. ferner IV-act. 91-3 f. und 79-2 f.). Am 15. Februar 2017 empfahl RAD-Ärztin Dr. med. J.\_\_\_\_, praktische Ärztin, zertifizierte medizinische Gutachterin (SIM), ein halbtägiges Einsatzprogramm in einer adaptierten Tätigkeit zur Umsetzung der vorerst 30%igen Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht. Eine zügige Steigerung auf mindestens 50 % sei sicher möglich. Das Vermeidungsverhalten des Versicherten sollte dringend durchbrochen werden (IV-act. 87).

**B.b.** Mit Mitteilung vom 9. Mai 2017 erteilte die IV-Stelle Kostengutsprache für ein vom 8. Mai bis 23. Juli 2017 dauerndes Aufbautraining in der Durchführungsstelle K.\_\_\_\_ (IV-act. 97; zum unterzeichneten Eingliederungsplan vgl. IV-act. 95). In einer Schlussbeurteilung vom 28. August 2017 hielt der IV-Eingliederungsverantwortliche fest, dass dem Versicherten eine Integrationsmassnahme zugesprochen worden sei und er diese im Rahmen des Belastungstrainings absolviert habe. Die gewünschte Stabilität und zeitliche Anwesenheit habe nicht erreicht werden können. Der Versicherte habe von Beginn weg einfach die Rente bzw. eine finanzielle Unterstützung der IV-Stelle gewünscht, damit er vom Sozialamt losgelöst sei. Die Ziele hätten nicht erreicht werden können, die Motivation sei beim Versicherten nicht gegeben und er fordere lediglich. Er verhalte sich nicht konstruktiv, sei ungehalten und stelle das schweizerische System in Frage. Die Rentenbegehrlichkeit stehe im Vordergrund (IV-act. 114-6; zum Schlussbericht des Aufbautrainings vgl. IV-act. 117).

**B.c.** In einem Bericht vom 2. November 2017 nannte Dr. H.\_\_\_\_ als Diagnosen eine rezidivierende depressive Störung (gegenwärtig mittelgradige Episode), chronische Schmerzen mit somatischen und psychischen Faktoren, eine Persönlichkeitsstörung mit emotional instabilen, aggressiven und unreifen Zügen sowie einen Status nach einer Schulteroperation im Januar 2016. Sodann hielt sie fest, dass der Versicherte aus psychiatrischer Sicht in der Lage sei, für ca. vier bis fünf Stunden pro Tag eine Arbeit auszuführen, jedoch müssten diesbezüglich noch die somatischen Kollegen befragt werden, da der Schwerpunkt der Arbeitsunfähigkeit beim Versicherten auf somatischem Gebiet liege. Da es sich um eine komplexe Problematik mit somatischen und psychischen Faktoren handle, sei es von ihrer Seite aus schwierig, eine



Arbeitsfähigkeit festzulegen. Eine multidisziplinäre Begutachtung, durch welche die Frage der Arbeitsfähigkeit überprüft werden könne, sei indiziert (IV-act. 121).

**B.d.** Am 7. Mai 2018 erstattete das Zentrum für Medizinische Begutachtung (ZMB) ein polydisziplinäres (internistisches, orthopädisches und psychiatrisches) Gutachten (vgl. IV-act. 139). Aus polydisziplinärer Sicht nannten die Sachverständigen folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: ein chronisches Schulter Syndrom beidseits mit leichter schmerzhafter Bewegungseinschränkung, eine soziale Phobie sowie eine chronifizierte depressive Episode (Ausmass nicht sicher beurteilbar bei Verdacht auf Beschwerdeverdeutlichung; DD Aggravation; IV-act. 139-44). Sodann kamen die Gutachter zum Schluss, dass die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit aus somatischer Sicht vom jeweiligen Arbeitsprofil abhängig sei. Tätigkeiten mit schwerer körperlicher Belastung könne der Versicherte aufgrund der Schulterproblematik nicht durchführen. Alle anderen Tätigkeiten in einer Q.\_\_\_\_ seien aus somatischer Sicht vollschichtig möglich. Aus psychiatrischer Sicht ergebe sich eine 50%ige Arbeitsfähigkeit, sofern ein verständnisvolles und wohlwollendes Umfeld vorliege. Bezüglich der retrospektiven Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sei festzuhalten, dass anlässlich des vom Mai bis Juli 2017 durchgeführten Aufbautrainings eine mindestens 30%ige Arbeitsfähigkeit vorgelegen habe. Aus formellen Gründen werde die aktuelle Arbeitsfähigkeit von 50 % ab dem Datum der Erstellung des Gutachtens angegeben. In adaptierten Tätigkeiten sei aus somatischer Sicht eine volle Arbeitsfähigkeit gegeben und auch schon immer gegeben gewesen. Aus psychiatrischer Sicht gelte für leidensangepasste Tätigkeiten dieselbe Einschätzung der Arbeitsfähigkeit wie für die angestammte Tätigkeit (vgl. IV-act. 139-48 f.). Sodann gaben die Gutachter eine offene Prognose ab. Sie merkten an, dass durchaus von einer Besserung der Arbeitsfähigkeit auszugehen sei. Es handle sich nicht um eine Erkrankung, die nicht besserungsfähig wäre. Es lägen auch IV-fremde bzw. krankheitsfremde Aspekte vor wie eine schlechte kulturelle Integration, fehlende Kenntnisse der Landessprache sowie eine schwierige psychosoziale Situation. Alle diese Faktoren würden die berufliche Reintegration erschweren (IV-act. 139-51). Schliesslich fügten die Sachverständigen als Schlussbemerkung an, dass sich aufgrund des Verdachts auf Beschwerdeverdeutlichung und Aggravation eine gewisse Schwierigkeit ergeben habe, die Arbeitsfähigkeit zu definieren. Bei der Beurteilung der



Arbeitsfähigkeit seien sie davon ausgegangen, dass die im psychiatrischen Gutachten genannten Diagnosen bestehen würden. Wenn sich aber der Verdacht auf Beschwerdeverdeutlichung und Aggravation bestätigen sollte, würde versicherungsmedizinisch durchaus eine weit höhere Arbeitsfähigkeit für adaptierte Tätigkeiten resultieren. Es liege an der IV-Stelle, die entsprechende Vermutung zu verifizieren, allenfalls im Rahmen einer Beobachtung mit anschliessender erneuter gutachterlicher Evaluation (vgl. IV-act. 139-52).

**B.e.** Mit Mitteilung vom 12. Juni 2018 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren um weitere berufliche Massnahmen ab, da sich der Versicherte infolge seiner gesundheitlichen Situation nicht in der Lage fühle, an Eingliederungsmassnahmen mitzuwirken (IV-act. 143).

**B.f.** In einer Stellungnahme vom 24. September 2018 führte RAD-Ärztin L.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, aus, dass nach Durchsicht des psychiatrischen Teilgutachtens aus fachpsychiatrischer Sicht mehrere Inkonsistenzen festzustellen seien. Die psychiatrische ZMB-Gutachterin habe die Diagnose einer chronifizierten depressiven Episode gestellt, ohne sich auf den Schweregrad der Ausprägung festzulegen, dies mit dem Hinweis auf eine Beschwerdeverdeutlichung bzw. Aggravation. Der Versicherte habe offensichtlich auch keinen Leidensdruck. Er nehme die Medikamente nicht ein und habe in den Jahren 2014 bis 2016 keine psychiatrische Behandlung benötigt trotz eines anamnestisch erneuten Autounfalls. Erst im August 2016 habe er sich wieder bei Dr. H.\_\_\_\_ vorgestellt. Schliesslich könne auch die Diagnose einer sozialen Phobie nicht nachvollzogen werden. Diese stütze sich auf die subjektiven Angaben des Versicherten. Gemäss der Aktenlage sei der Versicherte bereits als Sozialgeldbetrüger infolge Schwarzarbeit bekannt. Sowohl im psychiatrischen als auch im somatischen Teil des ZMB-Gutachtens seien eine Beschwerdeverdeutlichung und Aggravation dokumentiert worden. Aufgrund der durchgehend beschriebenen Inkonsistenzen und nicht ausgewiesenen Gesundheitsschäden sei die aus psychiatrischer Sicht attestierte 50%ige Arbeitsunfähigkeit nicht plausibel nachvollziehbar. RAD-Ärztin L.\_\_\_\_ schlug eine Rückfrage beim ZMB vor (IV-act. 152-3 f.). Am 25. September 2018 bat die IV-Stelle das ZMB um eine ausführliche Begründung der Diagnose einer sozialen Phobie (IV-act. 144). Am 5. Dezember 2018 nahm die psychiatrische ZMB-Gutachterin zur Rückfrage



## St.Galler Gerichte

der IV-Stelle Stellung (vgl. IV-act. 151). In einer ergänzenden Beurteilung vom 15. Januar 2019 kam RAD-Ärztin L.\_\_\_\_ zum Schluss, dass auch nach der Beantwortung der Rückfrage nicht auf das psychiatrische Teilgutachten abgestellt werden könne. Aus versicherungsmedizinisch-psychiatrischer Sicht sei kein relevanter Gesundheitsschaden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit glaubhaft gemacht worden. Vielmehr bestehe sowohl in angestammten als auch in adaptierten Tätigkeiten eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (IV-act. 152-4). Aufgrund zwischenzeitlich eingetroffener somatischer Berichte vom Juli und August 2018 (vgl. IV-act. 147 ff.) erfolgte am 16. Januar 2019 eine Stellungnahme durch RAD-Ärztin J.\_\_\_\_. Diese kam zum Schluss, dass die aktuellen Abklärungen als einzigen pathologischen Befund eine Partialruptur der Supraspinatussehne gezeigt hätten. Der Musculus supraspinatus helfe beim Abspreizen des Oberarmes. Eine Sehnenläsion könne konservativ oder operativ behandelt werden und führe teils zu schmerzhaften Einschränkungen beim Heben und Tragen von Lasten sowie bei Tätigkeiten mit weit ausholenden Armbewegungen oder Überkopfarbeiten. Da die eingeschränkte Schulterfunktion bereits bei der gutachterlichen Beurteilung berücksichtigt worden sei und durch den neuen Befund keine wesentliche Änderung des Funktionsniveaus aufgetreten sei, könne aus somatischer Sicht an der bisherigen Beurteilung einer 100%igen Arbeitsfähigkeit unter schulteradaptierten Konditionen festgehalten werden (vgl. IV-act. 152-5).

**B.g.** Mit Vorbescheid vom 29. Januar 2019 stellte die IV-Stelle dem Versicherten die Abweisung seines Rentenbegehrens in Aussicht. Zur Begründung wurde ausgeführt, dass aus versicherungsmedizinischer Sicht nicht auf das psychiatrische ZMB-Teilgutachten abgestellt werden könne. Aus rechtlicher und medizinischer Sicht liege kein invalidisierender Gesundheitsschaden vor, weshalb das Gesuch um Rentenleistungen abgewiesen werden müsse (vgl. IV-act. 155).

**B.h.** Aufgrund des vom Versicherten gegen den Vorbescheid erhobenen Einwandes vom 11. Februar 2019 (vgl. IV-act. 158) aktualisierte die IV-Stelle ihre medizinische Aktenlage (vgl. IV-act. 165 ff.). In einer Beurteilung vom 28. August 2019 kam RAD-Ärztin Dr. med. M.\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, zertifizierte medizinische Gutachterin (SIM), zum Schluss, dass sich im Hinblick auf die chronischen Schulter- und Armschmerzen rechts seit der gutachterlichen Untersuchung im Januar 2018 und der somatischen RAD-Stellungnahme vom 16.



Januar 2019 keine neuen Befunde ergeben hätten, welche die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit relevant verändern könnten (vgl. IV-act. 189-2 f.). Mit Mitteilung vom 17. September 2019 zeigte die IV-Stelle dem Versicherten die Durchführung einer psychiatrischen und neuropsychologischen Begutachtung bei Dr. med. N.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie und bei Dr. phil. O.\_\_\_\_, Diplompsychologe, Klin. Neuropsychologe (GNP), Fachpsychologe für Neuropsychologie (FSP), an (vgl. IV-act. 191; ferner IV-act. 164-2).

**B.i.** Am 19. November 2019 erfolgte die psychiatrische Exploration des Versicherten durch Dr. N.\_\_\_\_ (vgl. IV-act. 198-1). Am 20. Dezember 2019 fand eine neuropsychologische Abklärung bei Dr. O.\_\_\_\_ statt (vgl. IV-act. 198-76). Unter Berücksichtigung auch der neuropsychologischen Abklärung erstattete Dr. N.\_\_\_\_ am 6. Januar 2020 sein Gutachten. Er kam zum Schluss, dass sich in den Akten, der psychiatrischen Untersuchung, in der neuropsychologischen Abklärung sowie auch in der psychiatrischen Voruntersuchung viele Hinweise für Diskrepanzen, Widersprüche, eingeschränkte Mitwirkung und Aggravation fänden. In dieser Situation könne keine psychiatrische Diagnose gestellt und zur Leistungsfähigkeit, respektive zu den Einschränkungen, nicht Stellung genommen werden (vgl. IV-act. 198-69). Weder die geklagten Symptome noch die geltend gemachten Funktionseinbussen seien konsistent oder plausibel. Die Untersuchungsergebnisse seien daher nicht valide (vgl. IV-act. 198-72).

**B.j.** Am 14. Januar 2020 beurteilte RAD-Ärztin L.\_\_\_\_ das psychiatrische Gutachten von Dr. N.\_\_\_\_ (inklusive des neuropsychologischen Gutachtens von Dr. O.\_\_\_\_) als umfassend, widerspruchsfrei, nachvollziehbar und schlüssig, sodass darauf abgestellt werden könne. Das Gutachten setze sich mit den anamnestischen Angaben und mit dem Verhalten des Versicherten auseinander. In der Beurteilung seien die medizinischen Vorbefunde, die Beschwerden und eigenen Untersuchungsergebnisse berücksichtigt und ausführlich diskutiert worden. Zum Vorgutachten werde ausführlich Stellung genommen. Die Beurteilung des Gesundheitsschadens und der Arbeitsfähigkeit sei auf dem psychiatrischen Fachgebiet infolge einer erheblichen Einschränkung der Mitwirkungspflichten nicht möglich (vgl. IV-act. 199).



## St.Galler Gerichte

**B.k.** Im Rahmen einer zweiten Anhörung (vgl. IV-act. 201) liess der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin M. Tzikas, Basel, am 6. März 2020 einwenden, eine Aggravation sei nicht leichthin anzunehmen. Es werde beantragt, dass auf die psychiatrische Einschätzung des ZMB-Gutachtens abgestellt, eventualiter die Einholung eines Obergutachtens angeordnet werde. Zudem liess er der IV-Stelle mitteilen, sich aufgrund einer neu aufgetretenen Augen- und Ohrenproblematik aktuell im Kantonsspital St. Gallen (KSSG) in Behandlung zu befinden (vgl. IV-act. 204). Auf eine entsprechende Nachfrage der IV-Stelle (vgl. IV-act. 205) reichte der Versicherte Berichte der Augenklinik und HNO-Klinik des KSSG ein (vgl. IV-act. 207 ff.). Anlässlich einer Besprechung vom 12. Mai 2020 hielt der RAD fest, dass die neu eingereichten Berichte aus medizinischer Sicht nur die qualitativen, nicht jedoch die quantitativen Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit änderten. Aufgrund des aus den eingereichten Berichten ersichtlichen ophthalmologischen Befundes seien aus versicherungsmedizinischer Sicht zum Schutz des Auges Tätigkeiten mit aussergewöhnlicher Belastung durch Staub, Zugluft und Trockenheit nicht geeignet. Unter Einhaltung der Adaptationskriterien bestehe aus somatischer Sicht eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (IV-act. 212-2).

**B.l.** Mit Verfügung vom 15. Mai 2020 wies die IV-Stelle das Rentenbegehren des Versicherten ab (IV-act. 213).

### **C.**

**C.a.** Gegen diese Verfügung erhob der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer) am 15. Juni 2020 Beschwerde. Er beantragte, die Verfügung vom 15. Mai 2020 sei aufzuheben und ihm seien die gesetzlichen Leistungen zu erbringen. Insbesondere sei ihm eine ganze Invalidenrente, eventualiter eine Dreiviertelsrente, subeventualiter eine halbe Rente zuzusprechen; unter Kosten- und Entschädigungsfolge zulasten der IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin). Weiter stellte der Beschwerdeführer ein Gesuch um unentgeltliche Rechtsverteidigung und Prozessführung (act. G 1 und 4). Gemeinsam mit seiner Beschwerde reichte er eine Stellungnahme von Dr. H. \_\_\_ vom 4. Juni 2020 ein (vgl. act. G 1.3).

**C.b.** In ihrer Beschwerdeantwort vom 30. Juli 2020 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde (act. G 5).



## St.Galler Gerichte

**C.c.** Am 4. August 2020 wurde dem Gesuch um Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege (Befreiung von den Gerichtskosten und Bewilligung der unentgeltlichen Rechtsverteidigung) für das Verfahren vor Versicherungsgericht entsprochen (act. G 6).

**C.d.** Mit Schreiben vom 14. August 2020 teilte der Beschwerdeführer dem Versicherungsgericht mit, dass er am 4. September 2020 aufgrund einer gerissenen Sehne am rechten Arm operiert werde (vgl. act. G 8 und 8.1).

**C.e.** In seiner Replik vom 17. August 2020 (Postaufgabe am 18. August 2020) erneuerte der Beschwerdeführer seine in der Beschwerde gestellten Rechtsbegehren (vgl. act. G 9).

**C.f.** Mit Schreiben vom 7. September 2020 hielt die Beschwerdegegnerin an dem in der Beschwerdeantwort gestellten Antrag vollumfänglich fest und verzichtete auf die Erstattung einer ausführlichen Duplik (vgl. act. G 11).

## Erwägungen

### 1.

Vorliegend strittig und zu prüfen ist der Rentenanspruch des Beschwerdeführers.

### 2.

**2.1.** Einen Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung haben Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, 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 (Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Invalidität ist gemäss 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 wird in Art. 7 Abs. 1 ATSG als der durch eine 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 definiert. Die Invalidität ist grundsätzlich durch einen Einkommensvergleich zu ermitteln. Dabei 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 kann, in Beziehung gesetzt zum Einkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG). Nach Art. 28 Abs. 2 IVG besteht Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70 %, 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.

**2.2.** Um den Arbeitsfähigkeitsgrad bestimmen 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 dabei, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4). Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweis).

**2.3.** In beweisrechtlicher Hinsicht gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben die urteilenden Instanzen die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen (BGE 125 V 352 E. 3a). Der im Sozialversicherungsrecht geltende Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne einer Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes auf Grund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 264 E. 3b mit Hinweisen und 138 V 221 f. E. 6 mit Hinweisen). Die Verwaltung resp. das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als



bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind. Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen (BGE 126 V 360 E. 5b mit Hinweisen).

**2.4.** Bei psychischen Erkrankungen, wie beispielsweise einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, einem damit vergleichbaren psychosomatischen Leiden (vgl. BGE 140 V 13 f. E. 2.2.1.3) oder depressiven Störungen leicht- bis mittelgradiger Natur, sind im Rahmen der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit systematisierte Indikatoren zu beachten, die - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits - eine Einschätzung über das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen erlauben können (BGE 143 V 409 und 418 sowie 141 V 285 ff. E. 2 ff.). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung ist jedoch regelmässig dann kein versicherter Gesundheitsschaden gegeben, wenn die Leistungseinschränkung zentral auf Aggravation oder einer ähnlichen Konstellation beruht (BGE 141 V 287 E. 2.2.1; zum Ganzen Urteil des Bundesgerichts vom 30. April 2019, 8C\_52/2019, E. 2.2). Hier ist zu präzisieren, dass eine Aggravation jedenfalls dann Leistungsansprüche negativ beeinflussen kann, wenn durch sie die objektive Erhebung der Auswirkungen eines Gesundheitsschadens erschwert oder gar verunmöglicht wird.

### **3.**

**3.1.** Die Beschwerdegegnerin hat in medizinischer Hinsicht für die Rentenablehnung in erster Linie auf das psychiatrische Gutachten von Dr. N.\_\_\_\_ sowie zur Beurteilung der somatischen Leiden auf das ZMB-Gutachten und zahlreiche RAD-Beurteilungen abgestellt. Ausserdem hat sie - namentlich gestützt auf die Beurteilung von Dr. N.\_\_\_\_ - erwogen, dass eine Aggravation ausgewiesen sei, wodurch eine versicherte Gesundheitsschädigung ausser Betracht falle und ein Rentenanspruch ausgeschlossen sei (vgl. act. G 1.2; vgl. ferner act. G 5).

**3.2.** Demgegenüber bestreitet der Beschwerdeführer den Beweiswert des psychiatrischen Gutachtens von Dr. N.\_\_\_\_. Er macht geltend, dass es der psychiatrischen ZMB-Gutachterin durchaus möglich gewesen sei, psychiatrische Diagnosen zu stellen, die sich negativ auf seine Arbeitsfähigkeit auswirken würden. Es stelle sich folglich die Frage, weshalb Dr. N.\_\_\_\_ nicht in der Lage gewesen sein solle, solche Diagnosen zu stellen. Dr. N.\_\_\_\_ habe eine ganze Reihe von Passagen aus früheren ärztlichen Berichten herausgepickt und aus dem Gesamtkontext gerissen, um



auf diese Weise auf eine vermeintliche Aggravation hinzudeuten. Es liege die Vermutung nahe, dass Dr. N.\_\_\_\_ bei der Begutachtung bereits voreingenommen gewesen sei. So habe auch Dr. H.\_\_\_\_ in ihrer Stellungnahme vom 4. Juni 2020 zu seiner (des Beschwerdeführers) Verteidigung vorgebracht, bei der Durchsicht des Gutachtens von Dr. N.\_\_\_\_ würde der Eindruck entstehen, dass der Blick während der Begutachtung vorwiegend auf allfällige Aggravations- und Simulationszeichen gerichtet gewesen sei, wodurch Dr. N.\_\_\_\_ nicht ausreichend auf die Beschwerden eingegangen sei. Dr. H.\_\_\_\_ habe darauf hingewiesen, dass das Gutachten von Dr. N.\_\_\_\_ unvollständig sei, da namentlich ihre Berichte aus den Jahren 2017 und 2019 nicht berücksichtigt worden seien. In zwei Berichten habe sie die Diagnosen einer Persönlichkeitsstörung mit emotional-instabilen, aggressiven und unreifen Zügen sowie chronische Schmerzen mit somatischen und psychischen Faktoren gestellt, welche von Dr. N.\_\_\_\_ nicht erwähnt worden seien. Auch habe Dr. H.\_\_\_\_ darauf aufmerksam gemacht, dass Dr. N.\_\_\_\_ zwar Symptome einer Depression aufgezählt habe, jedoch ohne dazu Stellung zu nehmen und ohne eine entsprechende Diagnose zu stellen. Überdies bestünden konkrete Anhaltspunkte für die Annahme, dass das von ihm, dem Beschwerdeführer, während der Exploration gezeigte Verhalten (gemäss Dr. N.\_\_\_\_ habe er teilweise Auskünfte verweigert und stattdessen lediglich auf die Angaben in den Akten verwiesen) einen krankhaften Hintergrund habe, sodass daraus ohnehin nicht auf eine Aggravation geschlossen werden dürfe. Die psychiatrische ZMB-Gutachterin habe in ihrem Gutachten ausgeführt, dass er während der Untersuchung in eine starke Anspannung geraten sei und nur durch eine ausführliche Erläuterung der Situation wieder in eine kooperative Position habe gebracht werden können. Hintergrund dieser Problematik seien in der Regel ein niedriges Selbstwertgefühl und eine Furcht vor Kritik, was sich bei ihm in körperlichen Symptomen wie dem Zittern der Hände bemerkbar gemacht habe. Er sei also, wie von der ZMB-Gutachterin beschrieben, während der Exploration in eine starke Überforderung geraten. Entgegen der Ansicht der RAD-Ärztin L.\_\_\_\_ seien nicht bereits im psychiatrischen ZMB-Gutachten eine Beschwerdeverdeutlichung und eine Aggravation dokumentiert worden. Vielmehr habe die psychiatrische ZMB-Gutachterin lediglich von einem Verdacht auf Beschwerdeverdeutlichung gesprochen. Im Übrigen befinde er sich bereits seit acht Jahren bei Dr. H.\_\_\_\_ in Behandlung. Ohne Leidensdruck würde er wohl kaum während derart langer Zeit eine psychiatrische Behandlung in Anspruch nehmen. Dr. H.\_\_\_\_, die seine medizinische Situation bestens beurteilen könne, gehe nicht von einer Aggravation aus, sondern sei anhand der langjährigen Beobachtungen durchaus in der Lage, psychiatrische Diagnosen zu stellen. Gestützt auf die vorliegenden Akten sei eine Aggravation nicht überwiegend wahrscheinlich erstellt, weshalb dieser Ausschlussgrund nicht angenommen werden dürfe. Folglich sei entgegen der



Behauptung der Beschwerdegegnerin nicht erwiesen, dass kein invalidisierender Gesundheitsschaden vorliege. Die rechtsanwendende Behörde könne sich nicht aussuchen, auf welche Abklärung sie ihren Entscheid stütze. Vielmehr habe sie die gesamte Aktenlage zu berücksichtigen. Das ZMB-Gutachten sei beweiskräftig, weshalb darauf abzustellen sei (vgl. act. G1; vgl. ferner act. G 9).

**3.3.** Dass der RAD und die Beschwerdegegnerin (vgl. IV-act. 152 ff. und 164 f.) an der Einschätzung der psychiatrischen ZMB-Gutachterin, wonach in leidensangepassten Tätigkeiten eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit bestehe, Zweifel gehegt haben, ist aufgrund der im Gutachten enthaltenen zahlreichen Hinweise auf eine mögliche Beschwerdeverdeutlichung bzw. Aggravation gut nachvollziehbar. Im interdisziplinären Konsens haben die ZMB-Sachverständigen zum Punkt Konsistenz beispielsweise ausgeführt, dass das Ausmass, die Intensität und die vom Beschwerdeführer angegebene Limitierung mit den somatischen Befunden allein nicht erklärt werden könnten. Aus psychiatrischer Sicht ist angeführt worden, dass während der Exploration zunächst ein dysphorisch gereizter Zustand bestanden habe, der aber durch eine entsprechende thematische Führung praktisch komplett aufgehoben werden können. Auch nehme der Beschwerdeführer offenbar trotz angeblichen Leidensdrucks sein Antidepressivum nicht ein. Das Schmerzmittel Paracetamol sei zudem im Serum nicht nachweisbar gewesen, obschon andauernde Schmerzen geltend gemacht würden. Entsprechend sei auch das psychiatrische Bild nur eingeschränkt konsistent und es bestehe der Verdacht auf Beschwerdeverdeutlichung bzw. Aggravation (vgl. IV-act. 139-47 f.). Bei der als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit angegebenen chronifizierten depressiven Episode haben die ZMB-Sachverständigen sodann angemerkt, dass das Ausmass nicht sicher beurteilbar sei beim Verdacht auf Beschwerdeverdeutlichung. Als Differentialdiagnose haben sie eine Aggravation erwähnt (vgl. IV-act. 139-44). Schliesslich haben die ZMB-Gutachter und die Gutachterin am Ende ihres Gutachtens die Anmerkung gemacht, dass sich aufgrund des Verdachts auf eine Beschwerdeverdeutlichung und Aggravation eine gewisse Schwierigkeit ergebe, die Arbeitsfähigkeit zu definieren. Bei der im Gutachten angegebenen Arbeitsfähigkeit sei davon ausgegangen worden, dass die von psychiatrischer Seite gestellten Diagnosen tatsächlich bestünden. Wenn sich aber der Verdacht auf Beschwerdeverdeutlichung und Aggravation bestätigen sollte, würde versicherungsmedizinisch eine weit höhere Arbeitsfähigkeit resultieren. Es liege an der Beschwerdegegnerin, diese Vermutung allenfalls im Rahmen einer Beobachtung zu verifizieren (vgl. IV-act. 139-52). Namentlich durch diese abschliessende Bemerkung haben die ZMB-Sachverständigen ihre Unsicherheiten hinsichtlich der Diagnosestellung auf psychiatrischem Fachgebiet und der aus psychiatrischer Sicht



attestierten Arbeitsunfähigkeit offengelegt. Entgegen der Darstellung des Beschwerdeführers kann also nicht davon ausgegangen werden, dass es der psychiatrischen ZMB-Gutachterin möglich gewesen ist, mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit Diagnosen zu stellen und die Arbeitsfähigkeit einzuschätzen. Vielmehr haben die ZMB-Sachverständigen weitere durch die Beschwerdegegnerin vorzunehmende Abklärungen zur Verifizierung der Verdeutlichungstendenzen bzw. der Aggravation für nötig befunden (vgl. IV-act. 139-52). Folglich ist es nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin eine erneute psychiatrische Begutachtung bei Dr. N.\_\_\_\_ in die Wege geleitet hat, dies insbesondere auch vor dem Hintergrund der seitens des RAD nachvollziehbar dargestellten Ungereimtheiten im psychiatrischen Gutachten. Überdies haben die ZMB-Gutachter unabhängig vom Verdacht auf Aggravation die Arbeitsfähigkeit als besserungsfähig eingestuft, zumal auch IV-fremde Aspekte vorlägen, welche die Reintegration erschwerten (vgl. IV-act. 139-51).

**3.4.** Dr. N.\_\_\_\_ hat den Beschwerdeführer am 19. November 2019 (vgl. IV-act. 198-1) eingehend exploriert. Er hat ihn ausführlich zu seinen Leiden, zu seinem schulischen und beruflichen Werdegang, zu seinem Tagesablauf und zu seiner sozialen Situation befragt (vgl. IV-act. 198-47 ff.). Auch hat er in seinem Gutachten den Psychostatus des Beschwerdeführers bzw. die Untersuchungsbefunde ausführlich dargelegt (vgl. IV-act. 198-60 ff.). Dabei sind Dr. N.\_\_\_\_ widersprüchliche Aussagen des Beschwerdeführers aufgefallen. Beispielsweise habe dieser ausgesagt, wenig Appetit zu haben, gleichzeitig habe er nach seinen eigenen Angaben aber zugenommen (vgl. IV-act. 198-63). Weiter habe er über einen sozialen Rückzug berichtet. Er hätte mit niemandem Kontakt und würde den ganzen Tag zu Hause verbringen. Dies habe er später relativiert, indem er über einen einzigen Kollegen berichtet habe. Nochmals später habe er über einen weiteren Kollegen erzählt, der eine Werkstatt habe und den er vor allem früher aufgesucht habe, dies aktuell jedoch weniger tue, da andere Leute dort ein- und ausgehen würden. Auch habe der Beschwerdeführer eine Depression beschrieben, damit jedoch in erster Linie seine Wut und Gereiztheit sowie seine psychosoziale Situation gemeint (vgl. IV-act. 198-62). Ausserdem hat sich gemäss Dr. N.\_\_\_\_ anlässlich der Laboruntersuchung gezeigt, dass beim Beschwerdeführer, wie bereits im Rahmen der Vorbegutachtung, die Schmerzmittel, die er nach eigenen Angaben regelmässig und in hoher Dosis einnehme, im Blut nicht nachweisbar gewesen sind. Nachweisbar seien einzig das Duloxetin und im Urin die Benzodiazepine gewesen (vgl. IV-act. 198-67). Überdies hat Dr. N.\_\_\_\_ auf die Ergebnisse der durch Dr. O.\_\_\_\_ durchgeführten neuropsychologischen Untersuchung hingewiesen (vgl. IV-act. 198-68 f.). Dieser hatte in seiner neuropsychologischen Beurteilung festgehalten, dass sich verschiedene



Auffälligkeiten ergeben hätten, die auf suboptimales Leistungsverhalten hindeuten würden. Die erbrachten Leistungen stimmten überwiegend wahrscheinlich nicht mit dem eigentlichen Leistungspotential überein. Hinweise auf ein suboptimales Leistungsverhalten hätten sich insbesondere aus den Resultaten in den durchgeführten Beschwerdevalidierungsverfahren und den Diskrepanzen zwischen den Testleistungen und den bekannten Mustern von Hirnleistungen und Hirnleistungsstörungen ergeben. In den drei eingesetzten Beschwerdevalidierungstests hätten sich durchgängig auffällige Resultate gezeigt (IV-act. 198-81). Beispielsweise sei innerhalb einer Aufgabe die Leistung des Beschwerdeführers beim Abruf mit Abrufhinweisen geringer ausgefallen als beim freien Abruf ohne Abrufhinweise. Bei einer authentischen Störung wäre üblicherweise ein umgekehrtes Muster zu erwarten (vgl. IV-act. 198-82). Sodann seien bei einer einfachen Reaktionszeitaufgabe erheblich schlechtere Reaktionszeiten als bei einer komplexen Reaktionszeitaufgabe erbracht worden. In der neuropsychologischen Untersuchung seien durchgängig unterdurchschnittliche Leistungen erzielt worden. Aufgrund der Kofundierung von Begabung und Anstrengung sowie des suboptimalen Leistungsverhaltens sei eine zuverlässige Interpretation der erbrachten Resultate nicht möglich. Das Ausmass der tatsächlich vorhandenen Leistungseinschränkungen sei nicht beurteilbar (vgl. IV-act. 198-83). Unter Berücksichtigung dieser Testergebnisse, der eigenen Feststellungen im Rahmen der psychiatrischen Exploration sowie der Vorakten (vgl. IV-act. 198-64 ff.) ist Dr. N.\_\_\_\_ in seinem psychiatrischen Gutachten nachvollziehbar zum Schluss gelangt, dass sich viele Hinweise für Diskrepanzen, Widersprüche, eingeschränkte Mitwirkung und Aggravation fänden und es ihm in dieser Situation nicht möglich sei, eine psychiatrische Diagnose zu stellen oder zur Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers Stellung zu nehmen (vgl. IV-act. 198-69). Er hat diesbezüglich einleuchtend erklärt, dass man bei einer psychiatrischen Begutachtung auf die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers angewiesen sei. Bei fehlender Konsistenz der Angaben bleibe die Einschätzung der Leistungsfähigkeit mehr oder weniger zufällig (vgl. IV-act. 198-67).

**3.5.** Anhaltspunkte dafür, dass Dr. N.\_\_\_\_, wie vom Beschwerdeführer behauptet, voreingenommen gewesen sein könnte, liegen nicht vor. Im Übrigen ist dem Beschwerdeführer die Begutachtung bei Dr. N.\_\_\_\_ gehörig angezeigt worden, ohne dass er diesen Gutachter im Vorfeld der Begutachtung abgelehnt hätte (vgl. IV-act. 191 ff.). Aus dem Umstand, dass sich das Gutachten ausführlich mit den Inkonsistenzen im Verhalten des Beschwerdeführers und den Verdeutlichungstendenzen auseinandersetzt, ergeben sich vorliegend keine Anhaltspunkte für eine Voreingenommenheit des Gutachters. Vielmehr ist diese Gewichtung im Gutachten der Tatsache geschuldet, dass die gesamte Aktenlage zahlreiche Hinweise auf



Inkonsistenzen und Verdeutlichungstendenzen enthält und die ausführliche Auseinandersetzung mit dieser Aktenlage der Nachvollziehbarkeit der gutachterlichen Schlussfolgerung gedient hat. Hinweise auf amotivationale Faktoren haben sich denn auch nicht nur im Rahmen der ärztlichen Abklärungen, sondern auch im Eingliederungsprozess gezeigt, worauf Dr. N.\_\_\_\_ ebenfalls zutreffend hingewiesen hat (vgl. IV-act. 198-65). Auffallend ist beispielsweise, dass im Protokoll zum Gespräch mit dem IV-Eingliederungsverantwortlichen vom 8. März 2017 festgehalten worden ist, der Beschwerdeführer habe angegeben, weg vom Sozialamt zu wollen. Da dieses immer Druck mache, werde er sofort nervös und falle in Depressionen. Er brauche finanzielle Unterstützung und es sei besser das Geld von der IV-Stelle als vom Sozialamt zu erhalten, da er dann weniger Druck habe. Wenn die IV ihm Geld bezahlen würde, wäre auch die Depression weg und er könnte gut davon leben (vgl. IV-act. 114-3). Dazu passend lässt sich in den Akten eine E-Mail an Dr. H.\_\_\_\_ vom 10. Juli 2017 finden, in welchem diese über eine von einer Gruppenleiterin gemachte Beobachtung im Rahmen der beruflichen Eingliederung des Beschwerdeführers informiert worden ist. Die Gruppenleiterin habe angemerkt, dass der Beschwerdeführer ein Rätsel für sie sei. An der von ihm erledigten Arbeit gebe es grundsätzlich nichts auszusetzen, jedoch zweifle sie eher etwas an seiner Glaubwürdigkeit. Sie habe das Gefühl, dass er oft simuliere. Er wolle IV-Bezüger werden und sich ein gutes Leben einrichten. Er belächle das System und denke, er sei etwas Besseres und er habe es verdient, das Leben nun etwas ruhiger zu nehmen. So verhalte er sich auch gegenüber den anderen Mitarbeitenden eher etwas belustigend (vgl. IV-act. 108-2 f.). Schliesslich ist der IV-Eingliederungsverantwortliche am 28. August 2017 zum Schluss gelangt, dass seines Erachtens eine reine Rentenbegehrlichkeit vorliege. Die Ziele des Belastungstrainings hätten nicht erreicht werden können. Die Motivation sei nicht gegeben. Der Beschwerdeführer fordere lediglich und habe die Integrationsmassnahme nur noch besuchen wollen, wenn seine Forderungen erfüllt seien. Erst nach Interventionen von Dr. H.\_\_\_\_ und der Einsatzstelle sei er wieder bereit gewesen, die Massnahme fortzuführen. Der Beschwerdeführer verhalte sich nicht konstruktiv, sei sehr fordernd und stelle das schweizerische System in Frage (vgl. IV-act. 114-6).

**3.6.** Vor dem Hintergrund der zahlreichen Hinweise auf Verdeutlichungstendenzen und Aggravation ist der Beschwerdegegnerin darin zuzustimmen (vgl. act. G 5 S. 5), dass die wenig vertiefte Auseinandersetzung mit den von Dr. H.\_\_\_\_ gestellten Diagnosen bzw. den von ihr in der Stellungnahme vom 4. Juni 2020 (vgl. act. G 1.3) angesprochenen Berichten den Beweiswert der Expertise von Dr. N.\_\_\_\_ nicht in Frage stellt. Da es Dr. N.\_\_\_\_ aufgrund der Aggravationstendenzen nicht möglich gewesen ist, eigene Diagnosen zu stellen, hat er sich nämlich auch nur schwer zu den im Raum



stehenden Diagnosen äussern können bzw. wäre von einer eingehenderen Auseinandersetzung damit im konkreten Fall kaum ein Mehrwert zu erwarten gewesen (vgl. act. G 5 S. 5). Im Übrigen kommt es zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ohnehin nicht in erster Linie auf die Diagnosen, sondern vielmehr auf die sich daraus ergebenden Einschränkungen an. Dr. H.\_\_\_\_ hat es in ihrem Bericht vom 2. November 2017 selber als schwierig eingestuft, beim Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit festzulegen, weshalb sie zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit eine polydisziplinäre Abklärung vorgeschlagen hat. Zudem hat sie den Schwerpunkt für die Arbeitsunfähigkeit damals auf der somatischen Seite gesehen (vgl. IV-act. 121). Soweit der Beschwerdeführer in der Beschwerde vom 15. Juni 2020 geltend macht, bereits seit Januar 2012 und damit seit acht Jahren bei Dr. H.\_\_\_\_ in Behandlung zu stehen, was für einen grossen Leidensdruck spreche (vgl. act. G 1 S. 23), kann ihm ebenfalls nicht gefolgt werden. Aus dem Bericht von Dr. H.\_\_\_\_ vom 2. November 2017 geht nämlich hervor, dass er zwar von 2012 bis 2014 in ihre Praxis gekommen sei, sie ihn danach aber zwei Jahre lang nicht mehr gesehen habe. Erst im August 2016 habe er sich wieder bei ihr gemeldet (vgl. IV-act. 121-2). Entgegen der Behauptung des Beschwerdeführers gibt es auch keine Anhaltspunkte dafür, dass das von den Gutachtern als Verdeutlichungstendenz bzw. als Aggravation eingestufte Verhalten durch eine psychiatrische Erkrankung zu erklären wäre. Dr. O.\_\_\_\_ hat in seiner neuropsychologischen Beurteilung denn auch explizit festgehalten, dass sich in der Untersuchung keine Hinweise auf Beschwerden ergeben hätten, welche die beschriebenen Auffälligkeiten erklären könnten (vgl. IV-act. 198-83), und Dr. N.\_\_\_\_ hat gerade keine psychiatrischen Diagnosen stellen können (vgl. IV-act. 198-69).

**3.7.** Zur Beurteilung der somatischen Leiden hat die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen auf die Einschätzung der ZMB-Gutachter (vgl. IV-act. 139-48) sowie auf die zahlreichen RAD-Beurteilungen (vgl. IV-act. 140-1, 152-5, 189-2 f. und 212-2) abgestellt, wonach aus somatischer Sicht in leidensangepassten Tätigkeiten eine 100%ige Arbeitsfähigkeit bestehe (vgl. IV-act. 213). Diese Einschätzung ist aufgrund der Aktenlage grundsätzlich nachvollziehbar und ist vom Beschwerdeführer, soweit ersichtlich, im Beschwerdeverfahren auch nicht bemängelt worden (vgl. act. G 1 und 9). Soweit sich aufgrund der für den 9. September 2020 und somit mehrere Monate nach Erlass der angefochtenen Verfügung geplanten Operation eine Veränderung ergeben hätte, wäre diese im vorliegenden Verfahren grundsätzlich unbeachtlich (vgl. act. G 8 und 8.1; vgl. dazu BGE 143 V 411 E. 2.1; Urteil des Bundesgerichts vom 6. Oktober 2020, 8C\_505/2020, E. 5.1).



**3.8.** Zusammenfassend ist gestützt auf das beweiskräftige Gutachten von Dr. N.\_\_\_\_ sowie den Gesamteindruck der übrigen Akten davon auszugehen, dass eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit - zumindest in optimal angepassten Tätigkeiten - nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgewiesen ist und diesbezüglich von weiteren Abklärungen aufgrund der Aggravationstendenzen keine besseren Erkenntnisse mehr zu erwarten sind, weshalb darauf zu verzichten ist (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. BGE 136 I 236 ff. E. 5.3 und 5.5 mit weiteren Hinweisen). Die Folgen der Beweislosigkeit hat der Beschwerdeführer zu tragen (vgl. E. 2.3). Aufgrund der beruflichen Laufbahn des Beschwerdeführers bzw. seiner in der Vergangenheit erzielten stets unterdurchschnittlichen Erwerbseinkommen (vgl. IV-act. 9 und 61) resultiert im Rahmen eines Einkommensvergleichs, bei welchem für das hypothetische Invalideneinkommen auf LSE-Tabellenlöhne des Bundesamtes für Statistik für Hilfsarbeiter abgestellt werden kann (vgl. Anhang 2 der Gesetzesausgabe der Informationsstelle AHV/IV, Ausgabe 2019), ungeachtet eines allfälligen Abzugs vom Tabellenlohn offensichtlich kein rentenbegründender Invaliditätsgrad. Die Beschwerdegegnerin hat das Rentengesuch des Beschwerdeführers folglich zu Recht abgelehnt.

#### 4.

**4.1.** Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde gegen die Verfügung vom 15. Mai 2020 abzuweisen. 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 in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Dem unterliegenden Beschwerdeführer sind die Gerichtskosten in der Höhe von Fr. 600.-- aufzuerlegen. Zuzufolge unentgeltlicher Rechtspflege ist er von der Bezahlung zu befreien.

**4.2.** Der Staat bezahlt zufolge unentgeltlicher Rechtsverteiständung die Kosten der Rechtsvertretung des Beschwerdeführers. Die Parteientschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (vgl. Art. 61 lit. g ATSG). In der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit erscheint mit Blick auf vergleichbare Fälle eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 4'000.-- als angemessen. Diese ist um einen Fünftel zu kürzen (Art. 31 Abs. 3 des Anwaltsgesetzes [AnwG; sGS 963.70]). Somit hat der Staat die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers pauschal mit Fr. 3'200.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen.



**4.3.** Eine Partei, der die unentgeltliche Rechtspflege gewährt worden ist, 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 des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege [VRP; sGS 951.1]).

### 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 die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers zufolge unentgeltlicher Rechtsverteistandung mit Fr. 3'200.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer).