



**Fall-Nr.:** IV 2023/10  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 13.12.2023  
**Entscheiddatum:** 19.10.2023

### **Entscheid Versicherungsgericht, 19.10.2023**

**Art. 28 IVG: Würdigung zweier Gutachten. Kein verselbständigter invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden ausgewiesen. Abweisung der Beschwerde (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 19. Oktober 2023, IV 2023/10).**

#### **Entscheid vom 19. Oktober 2023**

Besetzung

Versicherungsrichterinnen Mirjam Angehrn (Vorsitz), Christiane Gallati Schneider und Corinne Schambeck; Gerichtsschreiberin Sabrina Bleile

Geschäftsnr.

IV 2023/10

Parteien

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

**Beschwerdeführer,**

vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. Ronald Pedergnana, Rorschacher Strasse 21,  
Postfach 27, 9004 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) meldete sich am 30. März 2017 bei der IV-Stelle des Kantons St. Gallen für berufliche Massnahmen und Rentenleistungen an (IV-act. 1). Er war zuletzt als Z.\_\_\_\_ bei der B.\_\_\_\_ GmbH in einem Pensum von 100 % angestellt gewesen (IV-act. 13). Vom \_\_ bis \_\_ 2016 hatte der Versicherte an einer multimodalen Schmerztherapie in der Klinik für Rheumatologie des Kantonsspitals St. Gallen (KSSG) teilgenommen (IV-act. 17-3 ff.), in deren Rahmen eine entzündliche rheumatologische Systemerkrankung ausgeschlossen worden war. Gemäss Austrittsbericht vom \_\_\_\_ 2016 hatte beim Versicherten ein chronisches multilokuläres Schmerzsyndrom mit psychischen und somatischen Faktoren bestanden, dessen Verstärkung am ehesten im Rahmen der psychischen Belastungen zu erklären war (IV-act. 17-6, oben). Vom 16. Januar bis 17. Februar 2017 hatte der Versicherte an einer integrativen tagesklinischen psychosomatischen Behandlung in der Klinik C.\_\_\_\_ teilgenommen (IV-act. 19-7 ff.).

**A.b.** Am 20. Juni 2018 berichtete Dr. med. D.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Klinik C.\_\_\_\_, dass der Versicherte sich seit dem 3. Januar 2017 bei ihm in Behandlung befinde. Er klagt über allgemeine Ängstlichkeit, Panikattacken, Müdigkeit und Schwindelgefühle. Als Diagnosen nannte Dr. D.\_\_\_\_ eine Agoraphobie mit Panikstörung sowie eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion. Abgesehen von einer angstbedingten Vermeidungshaltung gäbe es keine objektiven psychopathologischen Defizite, die sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirken würden. Die Prognose für die Eingliederung in eine angepasste Tätigkeit sollte günstig sein. Der Versicherte fühle sich subjektiv allerdings für jegliche Tätigkeiten zu 100 % arbeitsunfähig. Dr. D.\_\_\_\_ bat um eine medizinische Begutachtung zur Festsetzung der Arbeitsfähigkeit im Längsschnitt (IV-act. 34; zu früheren Berichten von Dr. D.\_\_\_\_ vgl. IV-



act. 11, 19-7 ff. und 23-2 ff.). In einem weiteren Bericht an die IV-Stelle vom 14. September 2018 erklärte Dr. D.\_\_\_\_, dass eine Überweisung in eine psychiatrische Klinik den Versicherten zusätzlich auf seine Symptome fixiert hätte. Die ganze Behandlung sei durch das laufende Versicherungsverfahren erschwert, weshalb darum gebeten werde, den Versicherten möglichst schnell fachärztlich begutachten zu lassen (IV-act. 39).

**A.c.** Am 10. Januar 2019 erstatteten Prof. Dr. med. E.\_\_\_\_, FMH Neurologie, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. F.\_\_\_\_, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, im Auftrag der IV-Stelle ein bidisziplinäres Gutachten der IME, Interdisziplinäre Medizinische Experten, Neuroinstitut St. Gallen GmbH (IV-act. 44). In der interdisziplinären Konsensbeurteilung nannten die Sachverständigen als Diagnosen mit Auswirkung auf die mittel- und langfristige Arbeitsfähigkeit ein belastungsabhängig vermehrtes lumbospondylogenes Schmerzsyndrom ohne Radikulopathie bei Osteochondrose betont im Segment L5/S1 mit begleitender Facettengelenksarthrose sowie eine Bewegungseinschränkung der HWS bei chronisch zervikozepalem Schmerzsyndrom ohne Radikulopathie bei Atlantodentalarthrose, Spondylose der unteren HWS, neuroforaminaler Kompression der Radix C6 rechts sowie höhergradiger neuroforaminaler Einengung der Radices C5 beidseits und C6 links mit potentieller neuronaler Affektion sowie Rotationseinschränkung der HWS nach links um 30 Grad mit weichem Anschlag (IV-act. 44-6). Weiter hielten sie fest, dass die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Z.\_\_\_\_ aus orthopädischer Sicht seit dem 22. Juli 2016 aufgehoben sei. Es lägen jedoch keine gesicherten orthopädisch-chirurgischen Störungsbilder vor, welche die mittel- und langfristige Arbeitsfähigkeit in leidensangepasster Tätigkeit (zum Zumutbarkeitsprofil vgl. IV-act. 44-7 f.) einschränken würden (IV-act. 44-10). Aus psychiatrischer Sicht könne aufgrund von Inkonsistenzen und der noch offenen therapeutischen Verbesserungsmöglichkeiten keine mittel- und langfristige Arbeitsunfähigkeit attestiert werden. Es liege ein instabiler Gesundheitszustand vor, wobei zu erwarten sei, dass durch eine kognitiv-verhaltenstherapeutisch zentrierte Behandlung bei adäquater medikamentöser Compliance unter Spiegelkontrollen der Medikamenteneinnahme eine Verbesserung des psychischen Störungsbildes mit positiven Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit innerhalb eines halben Jahres zu



erreichen wäre. Die Behandlung sollte optimalerweise stationär oder zumindest teilstationär erfolgen. Aktuell liege eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für alle Tätigkeiten des ersten Arbeitsmarktes vor (IV-act. 44-9).

**A.d.** In seiner Aktenbeurteilung vom 1. Februar 2019 hielt der regionale ärztliche Dienst (RAD) fest, dass eine Auflage zur intensivierten psychiatrischen Behandlung angezeigt sei (IV-act. 45-2).

**A.e.** Mit Mitteilung vom 5. Februar 2019 lehnte die IV-Stelle einen Anspruch auf berufliche Massnahmen ab, da gemäss der gutachterlichen Beurteilung durch medizinische Behandlung eine Verbesserung erreicht werden könne und berufliche Massnahmen nicht angezeigt seien (IV-act. 48).

**A.f.** Vom 13. bis 20. Dezember 2019 hielt sich der Versicherte stationär in der Psychiatrie G.\_\_\_\_ auf. Im Austrittsbericht vom 14. Februar 2020 wurden als Diagnosen eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome sowie eine Agoraphobie mit Panikstörung genannt. Weiter wurde ausgeführt, dass der Versicherte gegenüber einer angemessenen Teilnahme an den angebotenen Therapien eher ablehnend gewirkt habe, ohne dass er hierfür einen konkreten Grund hätte benennen können. Es seien vom Versicherten durchgängig Ängste und panikartige Zustände beschrieben worden, die im stationären Kontext jedoch nicht hätten eruiert werden können. Eine emotionale Belastung sei allerdings erkennbar gewesen. Bei Ausschluss von Gefährdungsaspekten habe der Versicherte unter Anmeldung einer ambulanten Versorgung austreten können (IV-act. 72-22 f.).

**A.g.** Vom 31. März bis 4. April 2020 hielt sich der Versicherte auf Zuweisung von Dr. D.\_\_\_\_ erneut stationär in der Psychiatrie G.\_\_\_\_ auf. Im Austrittsbericht vom 6. Mai 2020 wurden als Diagnosen eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome, eine Panikstörung sowie Kontakthanlässe mit Bezug auf andere psychosoziale Umstände genannt. Der Versicherte habe bei Eintritt von panikartigen Ängsten, vor allem in Menschenmengen, und seit ca. vier Jahren bestehenden depressiven Symptomen berichtet. Belastungsfaktoren seien vor allem die Arbeitslosigkeit sowie die daraus resultierende finanzielle Not. Aufgrund des komplexen Bildes sei eine stationäre Aufnahme dringend



indiziert gewesen und vom Versicherten gewünscht worden. Da bei ihm ein Leistungsstopp bei seiner Krankenversicherung bestehe, habe vorerst nur eine Notfallbehandlung von fünf Tagen gewährleistet werden können. Der Versicherte habe sich während seines Aufenthaltes eher zurückgezogen, Kontakte vermieden und sich mit einer angemessenen Teilnahme am multimodalen Therapieprogramm eher überfordert gezeigt. Im weiteren Verlauf habe er einen starken Leidensdruck gezeigt, wobei er angegeben habe, seine Familie zu vermissen. Trotz Motivationsversuchen für die dringend indizierte Weiterführung der stationären Behandlung bei nur geringfügig verbessertem psychopathologischem Bild habe der Versicherte den Wunsch geäußert, sofort auszutreten. Der Austritt sei somit auf seinen Wunsch gegen ärztlichen Rat erfolgt (IV-act. 63).

**A.h.** Am 7. September 2020 berichtete Dr. D.\_\_\_\_ von einem im Vergleich zum Arztbericht vom Juni 2018 unveränderten Verlauf, der durch eine vom Versicherten subjektiv geklagte Freud-, Lust- und Interessenlosigkeit geprägt sei. Der Versicherte präsentiere sich unverändert wortkarg und sei therapeutisch kaum zugänglich. Als Diagnosen bestünden eine Agoraphobie mit Panikstörung sowie eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion. Zur Arbeitsfähigkeit seien keine sicheren Angaben möglich (IV-act. 69-2 f.).

**A.i.** Am 5. Dezember 2020 berichtete der Hausarzt des Versicherten, Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Allgemeine Medizin, dass für die psychiatrischen Diagnosen die Fachärzte zuständig seien. Aus somatischer Sicht sei der Versicherte zu 100 % arbeitsfähig (IV-act. 72-5).

**A.j.** Mit Schreiben vom 15. Januar 2021 forderte die IV-Stelle den Versicherten unter Hinweis auf dessen Schadenminderungspflicht dazu auf, sich einem stationären Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik zu unterziehen (IV-act. 77).

**A.k.** Vom 12. Mai bis 6. August 2021 nahm der Versicherte an einer stationären psychiatrischen Behandlung in der Psychiatrie G.\_\_\_\_, Klinik I.\_\_\_\_, teil (IV-act. 86). Im Austrittsbericht vom 14. September 2021 wurden als Diagnosen eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome, ein Diabetes mellitus, Typ 2 (ohne Komplikationen und nicht als entgleist bezeichnet), und



soziale Phobien genannt (IV-act. 86-1). Weiter hielten die behandelnden Ärztinnen und Ärzte fest, dass der Versicherte zur diagnostischen Evaluation bei starkem sozialem Rückzug und depressiver Symptomatik auf der Psychotherapiestation eingetreten sei. Zu Beginn habe sich der Versicherte vermehrt zurückgezogen und Kontakte mit dem Behandlungsteam und den Mitpatientinnen und -patienten vermieden. Er habe Angstgefühle beschrieben, vor allem die Angst, gesehen zu werden, und dass man ihm seine Krankheit ansehen könnte. Mit der Zeit sei es dem Versicherten gelungen, zunehmend in Kontakt mit Mitpatientinnen und -patienten und Personal zu kommen. Auffallend sei gewesen, dass mit der Besserung der phobischen Thematik die depressive Verstimmung mehr in den Vordergrund gerückt sei. Der Versicherte habe von vermehrten Schuldgefühlen gegenüber seiner Familie berichtet. Am 6. August 2021 sei es auf seinen Wunsch zum Austritt in eindeutig stabilisiertem Zustand gekommen. Der Versicherte habe seiner Frau näher sein wollen, die allein zu Hause gewesen sei. Beim derzeitigen Zustandsbild sei eine tagesklinische Behandlung sinnvoll und dem Versicherten zumutbar, weshalb ein Vorgesprächstermin organisiert worden sei (IV-act. 86-2 f.). Für die Dauer des stationären Aufenthaltes attestierten die behandelnden Ärztinnen und Ärzte dem Versicherten eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (IV-act. 86-4).

**A.I.** In einer Aktenbeurteilung vom 10. Dezember 2021 hielt der RAD fest, dass sich die psychische Störung im Rahmen der dreimonatigen psychiatrischen Behandlung deutlich gebessert habe. Eine weitere tagesklinische Behandlung sei als sinnvoll erachtet und eingeleitet worden. Offenbar habe der Versicherte die Fortsetzung nicht wahrgenommen. Im Rahmen der in der Rheumatologie/Rehabilitation des Spitals J.\_\_\_\_, K.\_\_\_\_, am 24. September und 25. Oktober 2021 (vgl. IV-act. 89) durchgeführten Konsultationen sei anders als bei Eintritt in die Klinik I.\_\_\_\_ keine depressive Störung mehr festgestellt worden. Von einer tagesklinischen Behandlung sei durchaus eine Besserung des Gesundheitszustandes zu erwarten, weshalb Dr. D.\_\_\_\_ um Zuweisung des Versicherten in eine psychiatrische Tagesklinik zu bitten sei (IV-act. 93). Mit Schreiben vom 17. Dezember 2021 bat die IV-Stelle Dr. D.\_\_\_\_, die notwendigen Schritte für eine tagesklinische Behandlung in die Wege zu leiten, sofern dies noch nicht geschehen sei (IV-act. 94).

**A.m.** Vom 21. Februar bis 21. April 2022 befand sich der Versicherte in tagesklinischer Behandlung im Psychiatrischen Zentrum L.\_\_\_\_ (IV-act. 101). Im Austrittsbericht vom 16.



Mai 2022 wurden als Diagnosen eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren sowie eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, genannt (IV-act. 101-1). Weiter wurde festgehalten, dass der Versicherte während der teilstationären Behandlung affektiv instabil erschienen sei und insgesamt einen sehr undulierenden Verlauf gezeigt habe. Es werde die Optimierung der aktuellen Medikation unter den üblichen Labor- und EKG-Kontrollen sowie die Nachbehandlung durch den Hausarzt Dr. H.\_\_\_\_ sowie den Psychiater Dr. D.\_\_\_\_ empfohlen (IV-act. 101-3).

**A.n.** In einer Beurteilung vom 24. Juni 2022 hielt der RAD fest, dass die empfohlenen medizinischen Massnahmen umgesetzt worden seien und eine bildgebende Untersuchung vom 10. (gemeint wohl: 22.) September 2021 im Vergleich zur Begutachtung neu eine mögliche Wurzelreizung LWK 5/S1 gezeigt habe (vgl. dazu IV-act. 83 ff.). Deswegen und weil Prof. E.\_\_\_\_ im bidisziplinären Gutachten vom 10. Januar 2019 infolge von Inkonsistenzen und der noch offenen therapeutischen Verbesserungsmöglichkeiten des psychischen Zustandes nicht in der Lage gewesen sei, die mittel- bis langfristige Arbeitsunfähigkeit zu beurteilen, sei zur abschliessenden Beurteilung der Arbeitsfähigkeit eine bidisziplinäre psychiatrische und orthopädische Verlaufsbegutachtung angezeigt (IV-act. 106).

**A.o.** Am 23. September 2022 erstatteten Prof. E.\_\_\_\_ und Dr. F.\_\_\_\_ im Auftrag der IV-Stelle ein bidisziplinäres Verlaufsgutachten (IV-act. 118). In ihrer Konsensbeurteilung kamen sie zum Schluss, dass in der angestammten Tätigkeit als Z.\_\_\_\_ aus orthopädischer Sicht seit dem 22. Juli 2016 keine Arbeitsfähigkeit mehr bestehe. In einer optimal angepassten Tätigkeit sei aus orthopädischer Sicht eine quantitativ unlimitierte Arbeitsfähigkeit gegeben. Auch retrospektiv hätten zu keinem Zeitpunkt gesicherte orthopädisch-chirurgische Störungsbilder mit handicapierenden Auswirkungen vorgelegen, welche die mittel- und langfristige Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit um mehr als 20 % eingeschränkt hätten (IV-act. 118-12). Aus psychiatrischer Sicht stehe das Störungsbild eng im Zusammenhang mit soziokulturellen Wertigkeiten des Versicherten, die direkten Bezug auf die Unterhaltung der Störungsbilder hätten. Ein verselbständigtes Leiden könne aus gutachterlicher Sicht nicht begründet werden. Der Versicherte sei aus psychiatrischer Sicht in der zuletzt ausgeübten und auch in leidensangepassten Tätigkeiten vollschichtig einsetzbar



(IV-act. 118-13). Im psychiatrischen Teilgutachten führte Prof. E.\_\_\_\_ erklärend aus, dass im Vergleich zur Vorbegutachtung im Dezember 2018 keine wesentlich veränderte Psychopathologie anzutreffen gewesen sei. Allerdings könne der psychodynamische Hintergrund des psychiatrischen Störungsbildes nun verstanden werden (vgl. IV-act. 118-111).

**A.p.** In seiner Aktenbeurteilung vom 3. Oktober 2022 hielt der RAD fest, dass zusammenfassend auf das bidisziplinäre Gutachten mit der Einschätzung einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit in angestammter und einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit abgestellt werden könne. Mit Ausnahme des Zeitraumes der stationären und tagesklinischen Behandlungen habe retrospektiv im Verlauf keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit bestanden (IV-act. 120).

**A.q.** Mit Vorbescheid vom 6. Oktober 2022 stellte die IV-Stelle dem Versicherten die Abweisung des Rentenbegehrens bei einem Invaliditätsgrad von 0 % in Aussicht (IV-act. 122).

**A.r.** Gegen diesen Vorbescheid erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt Dr. R. Pedernana, St. Gallen, am 11. November 2022 einen Einwand, in welchem unter anderem ausgeführt wurde, dass zumindest eine vorübergehende Rente zuzusprechen sei (IV-act. 130).

**A.s.** Mit Verfügung vom 21. November 2022 wies die IV-Stelle das Rentengesuch des Versicherten im Sinne des Vorbescheids ab und hielt bezugnehmend auf den Einwand vom 11. November 2022 explizit fest, dass auch keine befristete Rente geschuldet sei (IV-act. 132).

### **B.**

**B.a.** Gegen diese Verfügung erhob der weiterhin durch Rechtsanwalt Pedernana vertretene Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer) am 9. Januar 2023 Beschwerde (act. G 1). Er beantragte, die Verfügung der IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) vom 21. November 2022 sei aufzuheben. Eventualiter sei ihm bis Ende 2023 eine volle IV-Rente zu gewähren. Der psychiatrische Krankheitsverlauf sei durch die Beschwerdegegnerin erneut abzuklären und danach sei neu zu verfügen.



## St.Galler Gerichte

Subeventualiter sei ihm rückwirkend per 22. Juli 2017 eine vorübergehende ganze IV-Rente bis Ende 2022 zuzusprechen. Ihm seien überdies Eingliederungsmassnahmen zu gewähren. Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge (zuzüglich 7.7 % MWST) zulasten der Beschwerdegegnerin (act. G 1 S. 2). Weiter stellte der Beschwerdeführer für das Verfahren vor Versicherungsgericht ein Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege (act. G 4, 4.1 und 1 S. 2).

**B.b.** In ihrer Beschwerdeantwort vom 1. März 2023 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde (act. G 5).

**B.c.** Am 7. März 2023 bewilligte die verfahrensleitende Richterin das Gesuch um Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege (Befreiung von den Gerichtskosten und Bewilligung der unentgeltlichen Rechtsverteidigung) für das Verfahren vor Versicherungsgericht (act. G 6).

**B.d.** In seiner Replik vom 30. Mai 2023 änderte der Beschwerdeführer die in der Beschwerde gestellten Anträge leicht ab. Konkret beantragte er, die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 21. November 2022 sei aufzuheben. Eventualiter sei ihm bis Ende 2023 eine volle IV-Rente zu gewähren. Der psychiatrische Krankheitsverlauf sei danach durch die Beschwerdegegnerin erneut abzuklären. Subeventualiter sei ihm rückwirkend ab Oktober 2017 eine vorübergehende ganze Rente bis Ende 2022 zuzusprechen. Ihm seien Eingliederungsmassnahmen zu gewähren. Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge (zuzüglich 7.7 % MWST) zulasten der Beschwerdegegnerin (act. G 12).

**B.e.** Mit Schreiben vom 12. Juni 2023 hielt die Beschwerdegegnerin an dem in der Beschwerdeantwort gestellten Antrag auf Abweisung der Beschwerde vollumfänglich fest und verzichtete auf die Erstattung einer ausführlichen Duplik (act. G 14).

## Erwägungen

### 1.

**1.1.** Vorliegend strittig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente. Da im vorliegenden Fall der frühestmögliche Beginn des Rentenanspruchs auf den 1. September 2017 fällt (vgl. unten E. 4.2), kommen zur



Beurteilung des Rentenanspruchs die bis zum 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) und der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) zur Anwendung (siehe das Kreisschreiben des Bundesamtes für Sozialversicherungen über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung, gültig ab 1. Januar 2022, Rz. 9100 ff. und werden nachfolgend in dieser Fassung zitiert).

**1.2.** Soweit der Beschwerdeführer neben einer Rente auch Eingliederungsmassnahmen beantragt (vgl. act. G 1 S. 2 und 12 S. 2), ist darauf nicht einzutreten. Wie sich aus der angefochtenen Verfügung ergibt (IV-act. 132), erlässt die Beschwerdegegnerin bezüglich der beantragten beruflichen Massnahmen nämlich noch einen separaten Entscheid, sodass diese nicht Gegenstand der angefochtenen Verfügung und somit dieses Beschwerdeverfahrens bilden (vgl. dazu BGE 125 V 414 E. 1a). Da die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung das Rentengesuch abgewiesen hat (IV-act. 132) und die Abweisung in diesem Beschwerdeverfahren bestätigt wird (vgl. nachfolgende E. 3 ff.), ist der Anspruch auf berufliche Massnahmen auch mit Blick auf den Grundsatz "Eingliederung vor Rente" nicht notwendigerweise Gegenstand des Entscheids über das Rentengesuch (vgl. dazu Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 24. November 2021, IV 2020/23, E. 1).

## 2.

**2.1.** Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, 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). 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 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). Für die Bestimmung des Invaliditätsgrads 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).

**2.2.** Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung – und im Beschwerdefall das Gericht – auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es 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 und 115 V 134 E. 2). Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren 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 und alle Beweismittel unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. 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 (zum Ganzen BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen).

### 3.

**3.1.** Zunächst ist zu prüfen, ob der Arbeitsfähigkeitsgrad des Beschwerdeführers mit überwiegender Wahrscheinlichkeit feststeht (zum Beweismass siehe BGE 138 V 221 E. 6 und Urteil des Bundesgerichts vom 2. August 2017, 8C\_128/2017, E. 2).

**3.2.** Die Beschwerdegegnerin hat sich zur Ablehnung des Rentenanspruchs in medizinischer Hinsicht in erster Linie auf das von Prof. E. \_\_\_ und Dr. F. \_\_\_ erstattete Verlaufsgutachten vom 23. September 2022 (IV-act. 118-1 ff.) gestützt (vgl. IV-act. 132; act. G 5), in welchem die Gutachter für die angestammte Tätigkeit aus orthopädischen Gründen seit dem 22. Juli 2016 zwar von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen sind, in leidensangepasster Tätigkeit jedoch eine 100%ige Arbeitsfähigkeit bescheinigt und aus psychiatrischer Sicht weder in der angestammten



noch in einer leidensangepassten Tätigkeit eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert haben (vgl. IV-act. 118-12 f.).

**3.3.** Das orthopädische Teilgutachten des Verlaufsgutachtens entspricht aus rechtlicher Sicht den Anforderungen an ein beweiskräftiges Gutachten. Die darin enthaltene Beurteilung der Arbeitsfähigkeit wird vom Beschwerdeführer zu Recht nicht beanstandet (vgl. act. G 12 S. 8. unten). Auf das orthopädische Teilgutachten kann demnach abgestellt werden.

### **3.4.**

**3.4.1.** Kritisiert wird vom Beschwerdeführer die psychiatrische Einschätzung von Prof. E.\_\_\_\_. Zunächst wirft er diesem Voreingenommenheit infolge finanzieller Abhängigkeit von der Beschwerdegegnerin vor (vgl. act. G 1 S. 4 und 8).

**3.4.2.** Was den Gesichtspunkt der wirtschaftlichen Abhängigkeit anbelangt, ist auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung zu verweisen, wonach der regelmässige Beizug eines Gutachters oder einer Begutachtungsinstitution durch den Versicherungsträger, die Anzahl der beim selben Arzt in Auftrag gegebenen Gutachten und Berichte sowie das daraus resultierende Honorarvolumen für sich allein genommen nicht zum Ausstand führen (BGE 137 V 227 f. E. 1.3.3). Im Übrigen ist aus den Zahlen des SuisseMed@p-Reportings 2021 (vgl. <https://www.bsv.admin.ch/bsv/de/home/sozialversicherungen/iv/grundlagen-gesetze/gutachten-iv/gutachten-qualitaet.html>; abgerufen am 19. Oktober 2023) nicht ersichtlich, dass beim Neuroinstitut St. Gallen im Verhältnis zu anderen Gutachterstellen übermässig viele Gutachten in Auftrag gegeben werden. Ein Ausstandsgrund ist gemäss Bundesgericht grundsätzlich nicht schon deswegen gegeben, weil eine Person Aufgaben für die Verwaltung erfüllt, sondern erst bei persönlicher Befangenheit (BGE 137 V 227 f. E. 1.3.3). Inwiefern Prof. E.\_\_\_\_ persönlich befangen sein sollte, ist nicht ersichtlich und wird vom Beschwerdeführer auch nicht dargelegt.

### **3.5.**

**3.5.1.** Weiter kritisiert der Beschwerdeführer die Feststellung von Prof. E.\_\_\_\_, wonach kein psychisches Störungsbild vorliege, das nicht durch Willensanstrengung überwunden werden könnte. Die Überwindbarkeitspraxis entspreche nicht mehr der aktuellen Rechtsprechung. Vielmehr sei an deren Stelle ein strukturiertes Beweisverfahren durchzuführen (act. G 1 S. 5). Der Zusammenhang zwischen



Wertschätzung durch Arbeit, Wegfall derselben durch Arbeitslosigkeit und psychischen Auswirkungen dieser Lebensveränderungen sei im Gutachten nicht ausreichend beleuchtet worden. Auch wehrt sich der Beschwerdeführer gegen den von Prof. E.\_\_\_\_ geäußerten Vorwurf einer fehlenden Behandlungscompliance. Er habe sich in der Vergangenheit mehrfach in stationäre Behandlung begeben. Die Behandlung des psychischen Beschwerdebildes sei vor allem deswegen erschwert worden, weil seitens der Krankenkasse ein Leistungsstopp verfügt worden sei (act. G 1 S. 6).

**3.5.2.** Zwar ist es richtig, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind und die Überwindbarkeitspraxis aufgegeben worden ist (BGE 143 V 428 f. E. 7.1 f.). Obwohl der Beschwerdeführer den von Prof. E.\_\_\_\_ benutzten, veralteten Ausdruck der Willensanstrengung somit grundsätzlich zu Recht kritisiert hat, ist dennoch zu beachten, dass eine Erwerbsunfähigkeit nach Art. 7 Abs. 2 ATSG nur dann vorliegt, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (vgl. dazu auch oben E. 2.1). Demzufolge kann aus der von Prof. E.\_\_\_\_ verwendeten Terminologie nicht geschlossen werden, dass er das strukturierte Beweisverfahren unberücksichtigt gelassen hat. Vielmehr geht aus dem Verlaufsgutachten hervor, dass er sich bei seiner Beurteilung der vom Bundesgericht definierten Standardindikatoren durchaus bewusst gewesen ist. Er hat im Rahmen seiner versicherungsmedizinischen Beurteilung ausdrücklich von den Standardindikatoren gesprochen (vgl. IV-act. 118-109). Angesichts dessen, dass Prof. E.\_\_\_\_ aus psychiatrischer Sicht beim Beschwerdeführer jedoch kein psychisches Leiden von Krankheitswert bzw. keinen verselbständigten Gesundheitsschaden festgestellt hat (IV-act. 118-13), hat sich eine umfassende Indikatorenprüfung grundsätzlich erübrigt. Deren Ziel ist es nämlich, bei einem psychischen Gesundheitsschaden anhand von systematisierten Indikatoren das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (vgl. BGE 141 V 281 und 143 V 418; Urteil des Bundesgerichts vom 22. Juni 2018, 9C\_680/2017, E. 5.1).

**3.5.3.** Dass sich Prof. E.\_\_\_\_ in seinem Teilgutachten mit der Behandlungscompliance des Beschwerdeführers auseinandergesetzt hat, ist nicht zu beanstanden. Zwar ist es richtig, dass sich der Beschwerdeführer in stationäre und teilstationäre Behandlung begeben hat. Allerdings ist er dazu unter Hinweis auf seine Schadenminderungspflicht von der Beschwerdegegnerin auch angehalten worden (vgl. IV-act. 77 und 94). Vor allem aber erschöpft sich die Behandlungscompliance nicht im Antritt einer Behandlung, sondern sie zeichnet sich auch durch die Mitwirkung im Rahmen derselben aus. Folglich ist nichts dagegen einzuwenden, dass Prof. E.\_\_\_\_ im Rahmen seiner Beurteilung berücksichtigt hat, dass sich der Beschwerdeführer gemäss den



Austrittsberichten gegenüber einer angemessenen Therapieteilnahme teilweise ablehnend verhalten und hierfür keine nachvollziehbaren Gründe angegeben hat (vgl. IV-act. 118-108; vgl. dazu auch unten E. 3.6), zumal der Beschwerdeführer teilweise entgegen ärztlichen Rat auf eigenen Wunsch aus der Klinik ausgetreten ist (IV-act. 63-4 und 86-3; vgl. dazu auch unten E. 3.6).

**3.5.4.** Entgegen der Behauptung des Beschwerdeführers hat Prof. E.\_\_\_\_ gerade auch den Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und deren psychischen Auswirkungen beleuchtet. So hat er beispielsweise beschrieben, der Beschwerdeführer habe angegeben, dass ihm seine Krankheit peinlich sei und dies mit seiner verlorenen Rolle als Ernährer der Familie begründet, was als narzisstisches Kränkungserleben psychodynamisch verstanden werden könne. Das verminderte Selbstwerterleben habe der Beschwerdeführer auf seine Wertlosigkeit als Mensch ohne Arbeit zurückgeführt. Daraus habe sich eine Phobie entwickelt, die von der Angst gespiesen worden sei, dass er von Bekannten gesehen und abgewertet werden könnte. Er habe nicht als Mann wahrgenommen werden wollen, welcher seine Familie nicht ernähren könne (IV-act. 118-106). Die diagnostischen Kriterien einer sozialen Phobie seien beim Beschwerdeführer aktuell jedoch nicht erfüllt (IV-act. 118-107).

### **3.6.**

**3.6.1.** Weiter beanstandet der Beschwerdeführer, dass Prof. E.\_\_\_\_ soziokulturelle Gründe als unterhaltende Faktoren des Störungsbildes anführe und ihm implizit vorwerfe, auf eine IV-Rente zu spekulieren. Dies greife aber zu kurz (act. G 12 S. 8). Es sei fraglich, inwiefern ein über mehrere Jahre anhaltendes orthopädisch-psychiatrisches Beschwerdebild, welches von Fachärzten einstimmig als pathologisch beurteilt worden sei, nun aus psychiatrischer Sicht massgeblich auf soziokulturelle Gründe zurückgeführt werden könne. Im Gutachten sei eine Bagatellisierung der Beschwerden erfolgt, die sich aufgrund der Aktenlage nicht rechtfertigen lasse und für eine Rentenbeurteilung nicht beweistauglich sei (act. G 12 S. 9). Im Übrigen habe selbst Prof. E.\_\_\_\_ in seinem ersten Gutachten eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (act. G 1 S. 3).

**3.6.2.** Nach Art. 7 Abs. 2 ATSG sind für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit, wie bereits erwähnt, ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen (vgl. auch Art. 6 ATSG, Art. 4 Abs. 1 IVG). Für die Annahme einer Invalidität braucht es somit ein medizinisches Substrat, das ärztlicherseits schlüssig festgestellt wird und nachgewiesenermassen die Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit beeinträchtigt. Das bedeutet gemäss der



bundesgerichtlichen Rechtsprechung, dass das klinische Beschwerdebild nicht einzig in Beeinträchtigungen, welche von den belastenden soziokulturellen Faktoren herrühren, bestehen darf, sondern davon psychiatrisch zu unterscheidende Befunde zu umfassen hat, zum Beispiel eine von Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im fachmedizinischen Sinne oder einen damit vergleichbaren psychischen Leidenszustand. Solche von der soziokulturellen Belastungssituation zu unterscheidende und in diesem Sinne verselbstständigte psychische Störungen mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sind unabdingbar, damit überhaupt von Invalidität gesprochen werden kann. Wo der Gutachter oder die Gutachterin dagegen im Wesentlichen nur Befunde erhebt, welche in den psychosozialen und soziokulturellen Umständen ihre hinreichende Erklärung finden, gleichsam in ihnen aufgehen, ist kein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden gegeben (BGE 127 V 299 E. 5a; Urteil des Bundesgerichts vom 13. Dezember 2021, 9C\_468/2021, E. 2.2.2; vgl. dazu auch die Ausführungen der Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort; act. G 5 S. 5).

**3.6.3.** Prof. E.\_\_\_\_ hat in seinem Gutachten erläutert, dass das Störungsbild des Beschwerdeführers einem maladaptiven Coping bei Verlust des Arbeitsplatzes und beruflicher Perspektivlosigkeit und der damit einhergehenden Veränderung des psychosozialen Status in der Familie und Peergroup entspreche. Soziokulturell begründet sehe der Beschwerdeführer keine Daseinsberechtigung mehr, empfinde Scham- und Insuffizienzgefühle. Ein solch maladaptives Verhaltensmuster sei sehr häufig im Kulturkreis des Beschwerdeführers anzutreffen und werde durch verinnerlichte soziokulturelle Wertevorstellungen ausgelöst (IV-act. 118-106 f.). Auch hat sich Prof. E.\_\_\_\_, wie bereits erwähnt (vgl. oben E. 3.5.3), mit der eingeschränkten Therapiemotivation des Beschwerdeführers auseinandergesetzt, wobei er zu den sich nicht im therapeutischen Bereich befindenden Blutserumspiegel der Medikamente angeführt hat, dass der Psychopathologie psychopharmakologisch kaum beizukommen gewesen sei, da die Störung mehr einem neurotischen Muster folge denn einer endogenen Depression (IV-act. 118-108). Schliesslich hat sich Prof. E.\_\_\_\_ auch mit den Austrittsberichten der Klinik I.\_\_\_\_ und des Psychiatriezentrums L.\_\_\_\_ befasst und erklärt, weshalb die darin gestellten Diagnosen nicht alle nachvollziehbar seien (vgl. IV-act. 118-105 f.). Der im Austrittsbericht der Klinik I.\_\_\_\_ vom 14. September 2021 erwähnte psychopathologische Befund bei Austritt, wonach der Beschwerdeführer im Affekt noch leicht deprimiert und im Antrieb leicht vermindert gewesen sei (IV-act. 86-3, unten), spricht in der Tat nicht für das Vorliegen der in diesem Bericht diagnostizierten schweren depressiven Episode (IV-act. 86-1). Im



Übrigen ist der Beschwerdeführer auf eigenen Wunsch aus dem stationären Setting ausgetreten (IV-act. 86-3). Zwischen der bei Austritt aus der Klinik I.\_\_\_\_ am 6. August 2021 empfohlenen tagesklinischen Behandlung (IV-act. 86-1 und 86-3) und dem Antritt einer solchen am 21. Februar 2022 im Psychiatrischen Zentrum L.\_\_\_\_ (IV-act. 99-3) liegen sodann rund sechs Monate, was ebenfalls eher nicht für einen schwer depressiven Zustand spricht. Im Austrittsbericht des Psychiatrischen Zentrums L.\_\_\_\_ vom 16. Mai 2022 wird – entgegen den von der Klinik I.\_\_\_\_ bei Austritt als nur noch leicht beschriebenen depressiven Befunden – eine mittelgradige depressive Episode als Diagnose festgehalten (IV-act. 99-3) und es wird von einem undulierenden Verlauf gesprochen (IV-act. 99-5). Bei Austritt ist aber – anders als in der Klinik I.\_\_\_\_ – keine weitere stationäre oder tagesklinische Behandlung, sondern lediglich eine medikamentöse Optimierung sowie eine ambulante Nachbehandlung bei Dr. D.\_\_\_\_ empfohlen worden (IV-act. 99-5), was nicht ohne Weiteres einleuchtet. Auffallend ist sodann auch der Wechsel der im Vordergrund stehenden Diagnosen bzw. die Divergenzen zwischen diesen. Im Austrittsbericht der Klinik I.\_\_\_\_ werden bei den Diagnosen – neben der depressiven Problematik – soziale Phobien, jedoch keine Panikstörung genannt (IV-act. 86-1). Ausserdem heisst es im Bericht, dass der Beschwerdeführer vor allem durch das zufällige Treffen eines Bekannten in der Klinik von der phobischen Problematik entlastet worden zu sein scheine, mit der Besserung der phobischen Thematik die depressive Verstimmung dann allerdings auffallend in den Vordergrund gerückt sei (IV-act. 86-3). Im Austrittsbericht des Psychiatrischen Zentrums I.\_\_\_\_ sind zwar wieder eine depressive Problematik und mit der vorgenannten Feststellung übereinstimmend keine Panikstörung und keine Phobie diagnostiziert worden, dafür aber neu eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (IV-act. 99-3). Anlässlich der Begutachtung hat der Beschwerdeführer demgegenüber angegeben, dass für ihn die Angststörung ganz im Vordergrund stehe, während er sich an die Schmerzen teilweise adaptiert habe (IV-act. 118-96). Auf die in den Austrittsberichten angegebenen Diagnosen kann somit nicht ohne Weiteres abgestellt werden (vgl. dazu auch unten E. 3.6.4). Die vom Beschwerdeführer im Rahmen der Begutachtung angegebene tiefe ambulante monatliche Behandlungsfrequenz bei Dr. D.\_\_\_\_ (IV-act. 118-97) spricht ebenfalls nicht für ein schweres psychisches Leiden. Vor dem dargelegten Hintergrund ist es überzeugend, wenn Prof. E.\_\_\_\_ in seinem Verlaufsgutachten zum Schluss gekommen ist, dass kein selbständiges psychisches Leiden von Krankheitswert vorliege. Aus psychiatrischer Sicht könne kein verselbständigter Gesundheitsschaden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit festgestellt werden, weshalb der Beschwerdeführer in der zuletzt ausgeübten und in einer adaptierten Tätigkeit vollschichtig einsetzbar sei



(vgl. IV-act. 118-13). Der RAD hat diese gutachterliche Einschätzung geteilt (vgl. IV-act. 120-4).

**3.6.4.** Zum gesundheitlichen Verlauf hat Prof. E.\_\_\_\_ dahingehend Stellung genommen, dass im Rahmen der zweiten gutachterlichen Untersuchung im Vergleich zur Vorbegutachtung im Dezember 2018 keine wesentlich veränderte Psychopathologie anzutreffen gewesen sei, nun aber der psychodynamische Hintergrund des psychiatrischen Störungsbildes verstanden werde (IV-act. 118-111). Demzufolge ist es nachvollziehbar, wenn der RAD eine Arbeitsunfähigkeit im retrospektiven Verlauf einzig während den stationären und teilstationären Behandlungen annimmt (IV-act. 120-5). Zwar hat Prof. E.\_\_\_\_ im ersten Gutachten vom 10. Januar 2019 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für alle Tätigkeiten im ersten Arbeitsmarkt attestiert. Allerdings ist er lediglich von einer vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit ausgegangen, die sich bei optimaler Compliance durch eine Behandlung relativ rasch verbessern lassen sollte; eine mittel- und langfristige Arbeitsunfähigkeit hat er wegen Inkonsistenzen und therapeutischem Verbesserungspotential nicht attestieren können (IV-act. 44-65). Es ist anzunehmen, dass er die Attestierung einer vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit zugunsten der Behandlungen, von denen er sich eine Verbesserung des Zustandsbildes erhofft hat, als gerechtfertigt erachtet hat, ohne dass er beim psychopathologischen Zustandsbild jedoch von einem verselbständigten Gesundheitsschaden ausgegangen ist. Prof. E.\_\_\_\_ hat nämlich auch im ersten Gutachten lediglich die Diagnose einer Agoraphobie mit Panikstörung sowie einen chronischen Schmerz bei Störungen des Sitz- und Bewegungsapparates ohne Schmerzverarbeitungsstörung genannt, ohne diesen Diagnosen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beizumessen (IV-act. 44-60). Mit der Beschwerdegegnerin (vgl. act. G 5 S. 6) ist gestützt auf das Gutachten von Prof. E.\_\_\_\_ somit anzunehmen, dass das psychische Beschwerdebild bereits im Zeitpunkt der ersten Begutachtung im Wesentlichen in invaliditätsfremden Gründen (v.a. psychosoziale und soziokulturelle Faktoren) eine hinreichende Erklärung gefunden hatte, ohne dass ein verselbständigter Gesundheitsschaden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vorgelegen hatte (IV-act. 44-65). Ein psychischer invalidisierender Gesundheitsschaden war somit gemäss Prof. E.\_\_\_\_ weder im Zeitpunkt der ersten noch der zweiten Begutachtung ausgewiesen. Auch die übrige medizinische Aktenlage lässt nicht auf einen solchen schliessen. Der behandelnde Psychiater Dr. D.\_\_\_\_ hatte in seinem Bericht vom 20. Juni 2018 – abgesehen von einer angstbedingten Vermeidungshaltung – keine objektiven psychopathologischen Defizite gesehen, die sich auf die angestammte Tätigkeit auswirken könnten, und hatte zudem festgehalten, dass sich der Beschwerdeführer



subjektiv für sämtliche Tätigkeiten zu 100 % arbeitsunfähig fühle (IV-act. 34-4 f.). In einem Schreiben an die Beschwerdegegnerin vom 14. September 2018 hat Dr. D.\_\_\_\_ überdies erklärt, dass seiner Ansicht nach eine Überweisung an eine psychiatrische Klinik nicht angezeigt gewesen sei, da eine solche den Beschwerdeführer zusätzlich auf seine Symptome fixiert hätte (IV-act. 39). Vom 13. bis 20. Dezember 2019 hat dann, nachdem Prof. E.\_\_\_\_ im ersten Gutachten dazu geraten hatte (IV-act. 44-65), gleichwohl ein erster stationärer Aufenthalt in der Klinik I.\_\_\_\_ stattgefunden, in deren Rahmen eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome diagnostiziert worden ist. Überdies ist als Diagnose eine Agoraphobie mit Panikstörung genannt worden (IV-act. 72-22). Gleichzeitig ist im Austrittsbericht aber festgehalten worden, dass vom Beschwerdeführer durchgängig Ängste und panikartige Zustände beschrieben worden seien, die im stationären Kontext nicht hätten eruiert werden können (IV-act. 72-23). Aus einem weiteren stationären Aufenthalt in der Klinik I.\_\_\_\_ vom 31. März bis 4. April 2020 ist der Beschwerdeführer gegen ärztlichen Rat ausgetreten (IV-act. 72-12 ff.). Trotz der zwischenzeitlich stattgehabten stationären Behandlungen in der psychiatrischen Klinik I.\_\_\_\_, in deren Rahmen, wie soeben erwähnt, unter anderem die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome, gestellt worden war (IV-act. 63-2 und 72-12), hat Dr. D.\_\_\_\_ am 7. September 2020 im Vergleich zu seinem Bericht vom 20. Juni 2018 einen unveränderten Gesundheitszustand mit vom Beschwerdeführer subjektiv geklagter Freud-, Lust- und Interessenlosigkeit beschrieben und ist lediglich von einer Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion ausgegangen (IV-act. 69-2). Auch dies stützt die Beurteilung von Prof. E.\_\_\_\_, wonach beim Beschwerdeführer kein verselbständigter invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden vorliegt, sondern im Wesentlichen invaliditätsfremde Gründe für die Psychopathologie des Beschwerdeführers verantwortlich sind.

**3.7.** Zusammenfassend ist gestützt auf die gutachterlichen Einschätzungen davon auszugehen, dass aus psychiatrischer Sicht kein verselbständigter Gesundheitsschaden überwiegend wahrscheinlich ausgewiesen ist, der im Gutachtenzeitpunkt oder im retrospektiven Verlauf eine länger andauernde Arbeitsunfähigkeit und damit eine Invalidität begründet hat (IV-act. 118-13). Dies schliesst die Notwendigkeit vorübergehender Behandlungen des psychopathologischen Zustandsbildes und damit einhergehende vorübergehende Arbeitsunfähigkeiten nicht aus. Während den stationären und teilstationären Behandlungen dürfte definitionsgemäss jeweils eine Arbeitsunfähigkeit bestanden haben, die auch vom RAD zugestanden wird, jedoch jeweils nur kurze Zeit angedauert hat (vgl. IV-act. 120-5). Aus orthopädischer Sicht liegen Diagnosen mit Auswirkung auf



die Arbeitsfähigkeit vor (IV-act. 118-8 f.), die es dem Beschwerdeführer seit dem 22. Juli 2016 verunmöglichen, in seiner angestammten Arbeit tätig zu sein. In einer leidensangepassten Tätigkeit ist jedoch auch aus orthopädischer Sicht im Verfügungszeitpunkt von einer vollen Arbeitsfähigkeit auszugehen. Auch retrospektiv sind zu keinem Zeitpunkt gesicherte orthopädisch-chirurgische Störungsbilder ausgewiesen, welche die mittel- und langfristige Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit um mehr als 20 % eingeschränkt haben (IV-act. 118-12).

#### 4.

**4.1.** Zu prüfen bleiben die erwerblichen Auswirkungen der orthopädischen gesundheitlichen Einschränkungen auf die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers.

**4.2.** Für den Einkommensvergleich sind grundsätzlich die Verhältnisse im Zeitpunkt des Beginns des Rentenanspruchs entscheidend (vgl. BGE 129 V 222). Die vorliegend zu beurteilende IV-Anmeldung des Beschwerdeführers ist bei der Beschwerdegegnerin am 30. März 2017 eingegangen (IV-act. 1-1). Der früheste Beginn eines allfälligen Rentenanspruchs im Sinne von Art. 29 Abs. 1 und 3 IVG wäre somit der 1. September 2017. Das Wartejahr i.S.v. Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG ist in diesem Zeitpunkt auch bereits verstrichen gewesen, da die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit gemäss gutachterlicher Beurteilung aus orthopädischer Sicht bereits seit dem 22. Juli 2016 zu 100 % eingeschränkt ist (IV-act. 118-12). Für den Einkommensvergleich massgebend ist somit das Jahr 2017.

**4.3.** Ausgehend vom letzten vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit im Jahr 2017 erzielten Einkommen von monatlich Fr. 4'800.-- (IV-act. 13-4; 12 x Fr. 4'800.-- = jährliches Einkommen von Fr. 57'600.--) ist unter Berücksichtigung des statistischen Jahreslohns gemäss Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik der im Jahr 2017 mit einer betriebsüblichen wöchentlichen Arbeitszeit von 41.7 Stunden im Kompetenzniveau 1 tätigen männlichen Arbeitnehmenden von Fr. 67'102.-- (vgl. Anhang 2 der Gesetzesausgabe der Informationsstelle AHV/IV, Ausgabe 2022) mit der Beschwerdegegnerin anzunehmen, dass der Beschwerdeführer auf dem ausgeglichenen allgemeinen Arbeitsmarkt als ungelernter Hilfsarbeiter in einer leidensangepassten Tätigkeit ein gleich hohes Einkommen erzielen kann als in seiner letzten Tätigkeit als Z.\_\_\_\_. Folglich resultiert im Rahmen des Einkommensvergleichs ein Invaliditätsgrad von 0 %. Bei einer in der Vergangenheit aus orthopädischen Gründen vorübergehend allfällig vorhandenen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in leidensangepasster Tätigkeit von maximal 20 % (vgl. oben E. 3.7) würde ebenfalls ein



rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 20 % resultieren. Die Beschwerdegegnerin hat damit einen Rentenanspruch des Beschwerdeführers zu Recht verneint.

### 5.

**5.1.** Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde gegen die angefochtene Verfügung abzuweisen, soweit darauf einzutreten ist (vgl. dazu oben E. 1.2). Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Dem unterliegenden Beschwerdeführer sind die Gerichtskosten in der Höhe von Fr. 600.-- aufzuerlegen. Zufolge unentgeltlicher Rechtspflege ist er jedoch von der Bezahlung zu befreien.

**5.2.** Der Staat bezahlt zufolge unentgeltlicher Rechtsverteidigung die Kosten der Rechtsvertretung des Beschwerdeführers. Die Parteienschädigung 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 Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b der Honorarordnung (HonO; sGS 963.75) pauschal Fr. 1'500.-- bis Fr. 15'000.--. In der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit erscheint mit Blick auf vergleichbare Fälle eine pauschale Parteienschädigung 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 den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers pauschal mit Fr. 3'200.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen.

**5.3.** 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

### 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf eingetreten wird.

### 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 Rechtsverteiständung mit Fr. 3'200.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer).