



Fall-Nr.:	IV 2014/367
Stelle:	Versicherungsgericht
Rubrik:	IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum:	13.12.2019
Entscheiddatum:	12.06.2017

Entscheid Versicherungsgericht, 12.06.2017

Rückweisung zur ergänzenden Abklärung des medizinischen Sachverhalts bei von den Arbeitsunfähigkeitsschätzungen der behandelnden Ärzteschaft abweichender Aktenbeurteilung durch den RAD (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 12. Juni 2017, IV 2014/367). Entscheid vom 12. Juni 2017 Besetzung Versicherungsrichterin Monika Gehrler-Hug (Vorsitz), Versicherungs-richterinnen Karin Huber-Studerus und Michaela Machleidt Lehmann; Gerichtsschreiberin Fides Hautle Geschäftsnr. IV 2014/367 Parteien A.___, Beschwerdeführer, vertreten durch Advokat lic. iur. Martin Boltshauser, c/o Procap Schweiz, Frohburgstrasse 4, Postfach, 4601 Olten, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rente Sachverhalt

Entscheid Versicherungsgericht, 12.06.2017

A.

A.a A.___ meldete sich am 6./10. Mai 2010 zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an und beantragte namentlich Umschulung, Arbeitsvermittlung und eine Rente (IV-act. 1). Er habe (im Ausland) den Beruf des Schlossers erlernt und sei 1984/1990 in die Schweiz gekommen. Seit 2004 sei er als Hilfsmechaniker angestellt. Seit Sommer 2008 leide er an einer Narkolepsie und sei seit Januar 2010 arbeitsunfähig.

A.b Gemäss einem Gesprächsprotokoll vom 19. Mai 2010 (IV-act. 4; bestätigt am 20. Juni 2010, IV-act. 19) gab Dr. med. B.___, Allgemeinmedizin FMH, dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) der Invalidenversicherung an, beim Versicherten bestehe seit 2006 (erstens) ein Verdacht auf eine Narkolepsie mit Kataplexien mit zweimaligem



St.Galler Gerichte

Sleep-Onset-REM-Schlaf im MSLT (Multipler Schlaflatenz-Test) vom 19. August 2008 und fragmentiertem Schlafprofil in der Polysomnographie vom 18. August 2008 mit häufigen nächtlichen Wachphasen, PLM Index (Periodic leg movements) 37.4/h, ohne Durchführung einer Orexin-Bestimmung, und (zweitens) ein Verdacht auf eine depressive Episode bei Anpassungsstörung und psychosozialen Problemen. Die Arbeitsfähigkeit sei durch eine Einschlafneigung und ca. viermal täglich auftretende Kataplexien eingeschränkt. Seit dem 4. Januar 2010 sei der Versicherte deswegen in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit voll arbeitsunfähig. Seit Dezember (2009) sei er in gekündigter Stellung, wobei aber nicht sicher sei, ob die Kündigung rechtmässig sei. In einer angepassten Tätigkeit - ungefährlich, ohne Gefährdung durch die Schlafneigung oder die Kataplexien, ohne Arbeiten auf Leitern oder Gerüsten und ohne Schichtarbeit - sei er voll arbeitsfähig. Als Bemerkungen wurde angegeben, der Gesundheitsschaden sei auf dem Hintergrund grosser psychosozialer Probleme zu sehen und der Versicherte fahre nicht Auto. - Eingereicht wurden ein HNO-Bericht vom 1. Oktober 2008 (worin unter anderem eine kombinierte Schwerhörigkeit beidseits diagnostiziert worden war) sowie Berichte des Interdisziplinären Zentrums für Schlafmedizin am Kantonsspital St. Gallen aus der Zeit zwischen dem 8. September 2008 und 27. April 2010. Im ältesten Bericht (IV-act. 6-3 ff.; Dr. med. C.____) wurden als Diagnosen benannt: der dringende Verdacht auf Narkolepsie (Schlaflatenz 1.6 bzw. gemäss Beilage 1:06 Minuten), ein Periodic-Limb-Movement-Syndrom (PLMS), Adipositas, eine Innenohrschwerhörigkeit beidseits, eine Septumdeviation mit Behinderung der Nasenatmung, ein Verdacht auf koronare Herzkrankheit, und narbige Veränderungen mit Ulzerationen der Haut direkt über den Dornfortsätzen der Wirbelsäule. Der Versicherte hatte gemäss Krankengeschichte angegeben: "Ich kann nicht böse sein, sonst krache ich zusammen, ich kann keine Freude haben, sonst krache ich zusammen." Gemäss dem Bericht vom 16. September 2008 (IV-act. 6-6 ff.; Dr. med. D.____, Fachärztin für Neurologie FMH) hatte er unter anderem berichtet, in monotonen Situationen könne er praktisch nicht wach bleiben. Er habe sehr realitätsnahe Träume schon bei Beginn der Nacht (Umstand durch den Arzt auf hypnagoge Halluzinationen bezogen). Auch tagsüber komme es häufig direkt nach dem Einschlafen zum Träumen. Gemäss Bericht vom 13. Oktober 2008 erklärte er, das Zusammensacken trete fast jeden Tag, vor allem am Nachmittag, auf, wenn er besonders müde sei. Er habe dann (bei der Arbeit) gelegentlich Angst, dass er wegen der Müdigkeit Gefahren verursachen



St.Galler Gerichte

könnte. Ausserdem habe er grosse Angst, die Arbeit zu verlieren. In den jüngeren Berichten des Zentrums wurden jeweils hauptsächlich der Verdacht auf Narkolepsie mit Kataplexien sowie der Verdacht auf eine depressive Episode im Rahmen einer Anpassungsstörung diagnostiziert.

A.c Gemäss IK-Auszug (IV-act. 8) hatte der Versicherte ab 1980 (mit kurzen Unterbrüchen von Arbeitslosigkeit) an verschiedenen Stellen gearbeitet. In der Arbeitgeberbescheinigung vom 26. Mai 2010 (IV-act. 20) gab seine Arbeitgeberin an, er sei seit dem 1. Januar 2004 als Hilfsmechaniker angestellt. Der Versicherte arbeite in einem Umfeld mit hoher Lärmbelastung. Seine Arbeit sei monoton und erfordere hohes Durchhaltevermögen. Aus wirtschaftlichen Gründen sei ihm [am 27. Oktober 2009, Beilage] gekündigt worden. Seit Beginn der Krankheit habe er nicht mehr gearbeitet. Der aktuelle Lohn pro Jahr betrage (seit 2009) Fr. 57'660.--.

A.d Der IV-Eingliederungsberater hielt am 2. Juli 2010 (IV-act. 21) fest, der Versicherte mache einen sehr niedergeschlagenen Eindruck. Er sei der Meinung, er könne kein Arbeitstraining absolvieren. - Die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen teilte dem Versicherten am 11. August 2010 (IV-act. 24) mit, es wäre ihm medizinisch möglich, die bisherige oder eine andere Tätigkeit auszuüben. Da er sich zu einer Erwerbstätigkeit nicht in der Lage fühle, sei eine Eingliederung nicht möglich. Die Eingliederungsberatung werde abgeschlossen.

A.e Dr. B.____ gab im IV-Arztbericht vom 11. Oktober 2010 (Eingang, IV-act. 25) an, die bisherige Tätigkeit sei dem Versicherten nicht mehr zumutbar; es bestehe ein Gefahrenpotenzial, da der Versicherte bei der Arbeit mehrfach einschlafe. Er (der Arzt) halte sich für zu wenig kompetent, die Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit bei dieser seltenen Erkrankung festzulegen. - In einem beigelegten Bericht vom 5. Juli 2010 (IV-act. 25-10 ff.) hatte das Interdisziplinäre Zentrum für Schlafmedizin am Kantonsspital St. Gallen (Dr. D.____) unter anderem berichtet, der Versicherte habe während 17 Tagen (regelmässig, IV-act. 25-8) eine Aktiwatch getragen. Der Versicherte sei teilweise am Abend bzw. in der Nacht noch sehr lange aktiv gewesen (einmal die ganze Nacht lang). Tagsüber sei es immer wieder zu kleinen Aktivitätspausen gekommen, vorwiegend am Nachmittag und frühen Abend. Auffällig seien häufige Unterbrechungen der Nachtruhe und Schlaf tagsüber gewesen. Das könnte zu einer



Narkolepsie oder zu einer Insomnie passen. Da die Medikation mit Modasomil und Anafranil bereits weit aufdosiert worden sei, der Versicherte aber immer noch über ausgeprägt erhöhte Tagesmüdigkeit klage und der Leidensdruck sehr gross sei, würden stationär eine neuropsychologische Testung, ein psychiatrisches Konsil (zur Abklärung der Gedächtnisstörung und der depressiven Stimmungslage), eine Lumbalpunktion zur Bestimmung des Orexinspiegels und eine nächtliche Polysomnographie mit multiplem Schlaflatenz-Test vorgesehen. Im Austrittsbericht der Klinik für Neurologie am Kantonsspital St. Gallen vom 10. September 2010 (IV-act. 25-6 f.; Dr. med. E.____) wurden als Diagnosen weiterhin die Narkolepsie mit Kataplexie sowie der Verdacht auf eine depressive Episode im Rahmen einer Anpassungsstörung angegeben. Es wurde berichtet, eine Lumbalpunktion habe der Versicherte abgelehnt. Es seien aber eine Polysomnographie und eine Multiple Schlaflatenz-Testung durchgeführt worden. Aufgrund der klinischen und anamnestischen Angaben werde - bei fehlenden Hinweisen auf eine schwere Depression - die Diagnose einer Narkolepsie mit Kataplexie gestellt. Bei der neuropsychologischen Testung vom 9. September 2010 hätten sich formal insgesamt mittelschwere kognitive Funktionsstörungen objektivieren lassen (bis schwere Störungen in der kognitiven Verarbeitungsgeschwindigkeit, der Alertness, der Vigilanz und der Denkfähigkeit). Die Validität sei aufgrund der eingeschränkten Deutschkenntnisse fragwürdig, und nicht ausgeschlossen werden könne, dass nicht immer die volle Anstrengungsbereitschaft gezeigt worden sei. Es seien eine deutlich ausgeprägte Müdigkeit, Antriebsminderung, Abgestumpftheit und wenig mimische Modulation sowie eine ausgeprägte Minderung der Belastbarkeit aufgefallen. Empfohlen wurde (bei fehlenden Kontraindikationen) eine Behandlung mit Xyrem.

A.f Das Interdisziplinäre Zentrum für Schlafmedizin am Kantonsspital St. Gallen gab in seinem IV-Arztbericht vom 22. November 2010 (IV-act. 32) an, es lägen (seit ca. 2006) ein hochgradiger Verdacht auf Narkolepsie mit Kataplexien und (seit ca. einem Jahr) ein solcher auf eine depressive Episode im Rahmen einer Anpassungsstörung vor. Im September 2010 sei ein äusserst fragmentiertes Somnogramm mit fast fehlendem REM-Schlaf, kurzer Einschlafzeit, ausgeprägten periodischen Beinbewegungen und einer Schlaffeffizienz von nur 73.7 % dargestellt worden. Der Versicherte dürfe nicht an gefährlichen Maschinen arbeiten. Allein wegen der Narkolepsie bestehe eine Arbeitsfähigkeit (bzw. Arbeitsunfähigkeit) von mindestens 50 %, da während des Tages



St.Galler Gerichte

mehrere Pausen zu empfehlen seien. Der Versicherte sei zurzeit aber ausserdem depressiv und reaktiv gekränkt und deshalb in der Einsatzfähigkeit zusätzlich gemindert. Er sei schnell erschöpfbar. Es könne mit der Wiederaufnahme einer Arbeitstätigkeit im Umfang von 50 % gerechnet werden; ab wann dies zutrefte, sei vom psychiatrischen Befund und der Compliance des Versicherten abhängig. Es müsse von einer Verschlechterung und grösseren Behandlungsschwierigkeit seit der Zeit ausgegangen werden, da der Versicherte nicht mehr arbeite. Er habe im Januar 2010 angegeben, er sei gekränkt, dass ihm gekündigt worden sei. Es habe damals ein Telefonat mit dem Arbeitgeber stattgefunden, in welchem deutlich geworden sei, dass ihm aufgrund der aktuellen Krise gekündigt worden sei.

A.g Der Fachbereich Psychosomatik, Departement Innere Medizin am Kantonsspital St. Gallen, gab in einem IV-Arztbericht vom 24. März 2011 (IV-act. 39; Dr. med. F.____, Psychiatrie und Psychotherapie) bekannt, der Versicherte leide an einer Neurasthenie. Vom 10. Februar 2010 (erster Kontakt bei somnologischer Beurteilung) bis zum 9. März 2010 sei er in seiner zuletzt ausgeübten, körperlich anstrengenden Tätigkeit mit Bedienung von Maschinen voll arbeitsunfähig gewesen. Seit dem 2. Februar 2011 und bis zum 2. September 2011 sei er zu 50 % arbeitsunfähig. Während sieben Monaten sei ihm die bisherige Tätigkeit nicht zumutbar. Es bestehe eine um 50 % verminderte Leistungsfähigkeit. Eine Tätigkeit mit regelmässiger Tagesarbeitszeit und der Möglichkeit für kurze Ruhepausen, aber ohne Monotonie, Erforderlichkeit von Daueraufmerksamkeit und die Gefahr von Selbst- und Fremdverletzung scheine bis zu maximal 50 % möglich, und zwar frühestens ab dem 2. September 2011. Die neurasthenische Symptomatik sei diejenige der Narkolepsie überlappend. Eine definitive Abgrenzung durch eindeutige somatische Befunde sei bis anhin nicht gelungen. Die psychische Symptomatik sei invalidisierend und im Beobachtungszeitraum zunehmend. Es bestehe die Gefahr der Entwicklung einer - bei der letzten Untersuchung im Ausmass noch nicht erreichten - depressiven Episode.

A.h Der neu zuständige RAD-Arzt ([...]) hielt am 6. April 2011 (IV-act. 40) fest, in der angestammten Tätigkeit betrage die Arbeitsfähigkeit des Versicherten null, in einer adaptierten Tätigkeit seit 1. Januar 2010 aus neurologischen und psychiatrischen Gründen 50 %.



St.Galler Gerichte

A.i Auf Anfrage gab die Klinik für Neurologie am Kantonsspital St. Gallen am 30. September 2011 (IV-act. 44; auch hier Dr. D.____) bekannt, der Versicherte habe in eine Orexinbestimmung eingewilligt. Es liege zusätzlich eine depressive Entwicklung im Sinn einer atypischen Depression vor. Die Einnahme von Medikamenten sei angezeigt, eine psychiatrische Behandlung dringend empfehlenswert. Sinnvoll wäre eine Behandlung in einer Tagesklinik, um den Schlaf-Wach-Rhythmus aufrechtzuerhalten. Bei entsprechendem Erfolg (und optimaler Compliance) könnte von einer möglicherweise 50 % betragenden Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden. Zurzeit liege die Arbeitsfähigkeit bei maximal 20 %. Die Einschränkung sei nicht nur durch die extreme Müdigkeit und Einschlafneigung bedingt, sondern werde auch durch die psychiatrische Überlagerung mitbestimmt. - Gemäss dem Bericht der Klinik für Neurologie am Kantonsspital St. Gallen vom 4. November 2011 (IV-act. 47-2) war die Liquoruntersuchung am 31. Oktober 2011 vorgenommen worden. Ausserdem wurde festgehalten, der Versicherte habe in der Beck-Depression Scale 30/63 Punkten aufgewiesen. - Das Psychiatrie-Zentrum G.____ bestätigte am 3. April 2012 (IV-act. 48), dass der Versicherte seit Oktober 2011 regelmässig an der Ergotherapie teilnehme (IV-act. 48-2). - In einem Bericht vom 19. Juni 2012 (IV-act. 51) teilte das Interdisziplinäre Zentrum für Schlafmedizin am Kantonsspital St. Gallen mit, die Diagnose der Narkolepsie (in der Diagnoseliste wurde sie als "mit Kataplexien" qualifiziert) sei nun eindeutig gesichert worden (Orexinspiegel im Liquor: 0 pg/ml) und habe sicher bereits seit mehreren Jahren bestanden. Aktuell habe sich der Zustand zusätzlich durch eine depressive Anpassungsstörung verschlechtert. Am 8. November 2012 (IV-act. 64) wurde ergänzend erklärt, die Arbeitsfähigkeit des Versicherten sei sicherlich zu ca. 80 % bzw. 75 bis 80 % eingeschränkt; er sei zu einer geordneten Tätigkeit nur während maximal etwa 30 Minuten in der Lage, verteilt über den ganzen Tag an maximal zwei bis drei Stunden. Es sei eine weitere psychiatrische Abklärung angezeigt und der Versicherte besitze eine ausreichende Compliance bezüglich der Medikamenteneinnahme. Diagnostiziert wurde (in einem Bericht an Dr. B.____ gleichen Datums, IV-act. 69-5 f.) neu ein Verdacht auf eine narzisstische Persönlichkeitsstruktur mit Kränkung.

A.j Das Psychiatrie-Zentrum G.____ gab im IV-Arztbericht vom 14. November 2012 (IV-act. 63) bekannt, es liege (psychiatrisch gesehen) eine leichte depressive Episode vor.



St.Galler Gerichte

Die Arbeitsfähigkeit (allein) aus psychiatrischer Sicht liege (gemäss Beurteilung vom 12. April 2012) bei 50 %.

A.k Der RAD (ein neu zuständiger Facharzt [...]) hielt am 5. Dezember 2012 (IV-act. 65) dafür, es seien diverse weitere Abklärungen erforderlich (unter anderem zu Kalenderführung, Objektivierung, Medikamenteneinnahme, Fachärztlichkeit der psychiatrischen Diagnose, Arbeitsunfähigkeit aus rein neurologischer Sicht, behandelnden Ärzten, psychiatrischer Behandlung, Aktivitäten in und ausserhalb der Wohnung). – Dr. B.____ gab daraufhin am 16. Dezember 2012 (IV-act. 69) bekannt, bei ihm finde kaum eine Behandlung statt; der Versicherte hole vor allem die Medikamente ab. Die Behandlung erfolge im Kantonsspital und in der Psychiatrie. - Der Versicherte teilte am 27. Dezember 2012 (IV-act. 71) auf die durch den RAD veranlasste Anfrage vom 6. Dezember 2012 (IV-act. 67) hin mit, bei welchen Ärzten er in Behandlung stehe und wann er jeweils in psychotherapeutischer Behandlung gestanden habe, ausserdem, welche Aktivitäten (innerhalb und ausserhalb der Wohnung) er im Tagesablauf unternehme. - Das Interdisziplinäre Zentrum für Schlafmedizin gab am 18. Januar 2013 (IV-act. 72) bekannt, es werde ein Maintenance of Wakefulness-Test veranlasst. Aufgrund der immer wieder unterbrochenen psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung sei der Versicherte ausserdem einem bestimmten Arzt beim Psychiatrie-Zentrum G.____ zugewiesen worden.

A.l In einem eingeholten Bericht vom 2. Mai 2013 (IV-act. 77) gab das Interdisziplinäre Zentrum für Schlafmedizin am Kantonsspital St. Gallen an, die Vigilanztestung sei im Maintenance of Wakefulness-Test (MWT) und im TAP-Vigilanztest äusserst pathologisch ausgefallen. Im ersten und letzten MWT-Versuch sei der Versicherte bereits nach einer halben Minute eingeschlafen, bei den anderen beiden Versuchen sei es ihm gelungen, einmal 9.5 und einmal 13 Minuten wach zu bleiben. Weitere Xyrem-Rezepte seien ihm nicht mehr ausgestellt worden. Es werde eine weitere Polysomnographie vorgesehen. Möglicherweise spiele, da der Versicherte in den letzten Jahren deutlich an Gewicht zugenommen habe, auch noch ein zusätzliches Schlafapnoesyndrom eine Rolle.

A.m Am 30. Mai 2013 (IV-act. 76; Dr. med. H.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie) gab das Psychiatrie-Zentrum G.____ zur Auskunft, dem Versicherten sei



St.Galler Gerichte

keine Arbeitstätigkeit mehr zumutbar. Er leide (psychiatrisch gesehen) an einer mittelgradigen depressiven Episode mit somatischem Syndrom. Unter dem depressiven Zustandsbild leide er seit Jahren. Der Krankheitsverlauf sei chronifiziert. Die Arbeitsfähigkeit könne auch nicht verbessert werden. Seit dem 11. November 2011 habe der Versicherte 39 Termine Gruppentherapie und vom 6. Januar 2012 bis 27. Dezember 2012 14 Termine Sozialdienst wahrgenommen und es hätten seit dem 30. Januar 2011 acht ärztliche Konsultationen am Zentrum stattgefunden (alle Kontakte wurden jeweils einzeln mit Datum aufgelistet).

A.n Der RAD-Arzt hielt am 11. Juni 2013 (IV-act. 79) fest, stellte man zurzeit ohne kritisches Hinterfragen auf die ärztlichen Berichte ab, so würde eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % für jegliche Tätigkeit resultieren. Es fehle aber eine dezidierte Antwort des Interdisziplinären Zentrums für Schlafmedizin am Kantonsspital St. Gallen auf die von ihm am 5. Dezember 2012 (IV-act. 65, vgl. IV-act. 66) aufgeworfenen Fragen, nämlich, ob der Versicherte einen zuverlässigen Kalender betreffend die Narkolepsie/ Kataplexien führe; ob die ärztlichen Einschätzungen überwiegend auf die Aussagen des Versicherten abgestützt würden oder das Zentrum sicher sei, dass die Aussagen objektivierbar seien; wie das Zentrum sicher sein könne, dass die Medikamente in der notwendigen Konsequenz eingenommen würden; ob die Medikamentenspiegel gemessen worden seien; ob die vom Zentrum gestellte psychiatrische Diagnose fachärztlich gestellt worden sei; welches die Arbeitsunfähigkeit allein aus neurologischer Sicht, unter Ausklammerung einer möglichen psychiatrischen Störung, sei. Ausserdem falle auf, dass der Versicherte einen unauffälligen Tagesablauf und keine Episoden unwillkürlichen Einschlafens schildere. Ausserdem bestehe eine erhebliche Diskrepanz zwischen den Angaben des Versicherten einerseits und denjenigen des Psychiatrie-Zentrums zu den Therapiedaten. Es sei daher die Krankenkasse nach den Leistungsabrechnungen (Psychiatrie-Zentrum und Medikamente) zu fragen.

A.o Das Interdisziplinäre Zentrum für Schlafmedizin am Kantonsspital St. Gallen antwortete am 4. Juli 2013 (IV-act. 82), das Führen eines Kalenders werde nicht gefordert. Es sei aber - auch aufgrund von fremdanamnestischen Beschreibungen - davon auszugehen, dass der Versicherte vier bis fünf Kataplexien pro Woche erleide, und zwar vor allem gegen Abend in Abhängigkeit von Emotionen bei Bestehen einer



St.Galler Gerichte

Grundmüdigkeit. Die Diagnose der Narkolepsie stütze sich einerseits auf die glaubhaften Angaben des Versicherten und seiner Angehörigen, andererseits seien objektivierbar die kurze Einschlaf latenz, der Sleep-Onset-REM-Schlaf, ein fragmentiertes Schlafprofil und der negative Orexinspiegel im Liquor, der für die Diagnose beweisend sei. Medikamentenspiegel würden erfahrungsgemäss nicht gemacht. Der Versicherte werde durch Dr. H.____ fachpsychiatrisch behandelt (bei Kommunikation in der Muttersprache). Rein neurologisch betrachtet sei der Versicherte zu maximal 20 bis 25 % arbeitsfähig.

A.p Nachdem die Krankenversicherung diverse Rechnungen eingereicht hatte (IV-act. 83), forderte der RAD am 12. August 2013 (IV-act. 84) die Ergänzung betreffend die Medikamentenkosten und stellte weitere Fragen an den Versicherten, darunter verschiedenste Fragen zum Autofahren und Benutzen von öffentlichen Verkehrsmitteln, Spaziergehen und ausserhäuslichen Aktivitäten. Er möge ausserdem zwei Wochen lang einen Kalender führen, in welchem er mit genauer Zeitangabe vermerke, wann und wie lange er unwillkürlich eingeschlafen sei bzw. wann es zur Kataplexie gekommen sei. - Der Versicherte antwortete am 10. September 2013 (Eingang, IV-act. 87), er besitze keinen Fahrausweis. Er werde von seiner Frau und seinen Kindern regelmässig nur über kurze Strecken gefahren. An den Urlaubsort gelange seine Familie mit dem Auto und sie müssten dabei längere Pausen machen oder in einem Hotel übernachten. Für kurze Strecken gehe er allein spazieren, regelmässig aber mit seiner Frau. Er bevorzuge es, stets im Umfeld seiner Familie zu sein und gehe nur selten auf Besuch, weil er Lärm und Unruhe nicht ertrage.

A.q Das Psychiatrie-Zentrum G.____ gab am 12. November 2013 (IV-act. 90) an, der Versicherte befinde sich seit dem 6. Mai 2011 in ambulanter Behandlung. Der Krankheitsverlauf sei chronifiziert. Es handle sich um ein komplexes Zustandsbild, nämlich eine Verknüpfung zwischen einer Narkolepsie und einer depressiven Störung. Der Versicherte schlafe während den Konsultationen mehrmals ein. Es seien ihm keine Tätigkeiten mehr zumutbar.

A.r Der RAD-Arzt hielt am 12. Dezember 2013 (IV-act. 94) fest, aus den Medikamentendaten gehe hervor, dass in den vergangenen Jahren recht regelmässig zwei Medikamente bezogen worden seien. Es sei überwiegend wahrscheinlich, dass



St.Galler Gerichte

sie auch eingenommen worden seien. Nach Absprache mit einer RAD-Ärztin ([...]) sei davon auszugehen, dass der Versicherte in der angestammten Tätigkeit wie in anderen Tätigkeiten mit Maschinen nicht mehr arbeitsfähig sei, und zwar seit 1. Januar 2010. In einer optimal adaptierten Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100 % abzüglich vermehrter Schlafpausen und abzüglich von 10 % wegen verminderter Leistungsfähigkeit. Adaptiert sei eine körperlich leichte Arbeit ohne monotone Tätigkeit und ohne Anforderungen an die Konzentrationsfähigkeit und Aufmerksamkeit, die in einem bezüglich der Pausen und der verminderten Leistungsfähigkeit verständnisvollen Betrieb und in einer harmonischen Umgebung geleistet werde. Für allfällige Eingliederungsmassnahmen bedürfte der Versicherte wegen der psychischen Störung der Unterstützung. Er befinde sich in ausreichender ärztlicher Behandlung und relevante Inkonsistenzen seien nicht erkennbar.

A.s Mit Vorbescheid vom 6. Januar 2014 (IV-act. 98 f.) wurde dem Versicherten mitgeteilt, bei einem Invaliditätsgrad von 5 % bestehe kein Rentenanspruch.

A.t Am 30. Januar 2014 (IV-act. 100) liess der Versicherte Einwand erheben und am 11. März 2014 (IV-act. 105) beantragen, es sei ihm eine Invalidenrente zuzusprechen, eventualiter seien weitere Abklärungen vorzunehmen. Während das Interdisziplinäre Zentrum für Schlafmedizin eine Arbeitsfähigkeit von maximal 20 bis 25 % für den Versicherten als zumutbar betrachte, sei er nach Auffassung des RAD abgesehen von vermehrten Pausen bzw. einer Leistungseinschränkung von 10 % voll arbeitsfähig. Die Diskrepanz von 65 bis 70 % sei nicht begründet worden. Eine Auseinandersetzung mit den Diagnosen der beidseitigen Schwerhörigkeit und des Verdachts auf koronare Herzkrankheit habe nicht stattgefunden. Die Umschreibung der Anforderungen an einen Arbeitsplatz entspreche nicht einer Stelle auf dem ersten Arbeitsmarkt. Würde sie gefunden, so handle es sich um eine Nischenarbeitsstelle mit unterdurchschnittlichem Verdienst. Ein Leidensabzug von 25 % sei am Platz.

A.u Auf Anraten des RAD vom 14. März 2014 (IV-act. 106) wurden dem Versicherten diverse Fragen gestellt und Abklärungen getroffen. - Dr. H. ___ erteilte am 2. April 2014 (IV-act. 108-2 f.) diverse Auskünfte. - Ferner ging ein Bericht des Zentrums für Schlafmedizin vom 21. März 2014 (IV-act. 114) ein, wonach sich in der Polysomnographie vom 4. März 2014 eine sehr schlechte Schlafeffizienz des



St.Galler Gerichte

Versicherten gezeigt habe, ausserdem wenig REM- und wenig Tiefschlaf, zudem ein ausgeprägtes PLMS. – Dr. B.____ erstattete am 5. Mai 2014 einen IV-Arztbericht (IV-act. 115). Das Leiden des Versicherten (Narkolepsie, depressives Leiden) sei bisher durch alle medizinische Therapie nicht beeinflussbar gewesen. Er sei seit ca. 2010 und auch in der aktuellen physischen und psychischen Verfassung und weiterhin nicht arbeitsfähig. Die Arbeitsunfähigkeit werde durch die Spezialisten am Kantonsspital St. Gallen und durch (gemeint wohl:) Dr. H.____ bestimmt. Gemäss einem beigelegten Bericht vom 17. Januar 2014 (IV-act. 115-8 f.) hatte Dr. med. I.____, Facharzt für Kardiologie, extrakardiale Thoraxschmerzen, kardiovaskuläre Risikofaktoren, eine Narkolepsie mit Kataplexien, den Vd. a. depressive Störung im Rahmen einer Anpassungsstörung und den Vd. a. eine narzisstische Persönlichkeitsstruktur mit Kränkung diagnostiziert. Das Zentrum für Schlafmedizin hatte in einem Bericht vom 24. Januar 2014 (IV-act. 115-10 ff.) erklärt, es sei eine Medikamentenerhöhung (Venlafaxin) zu empfehlen (wobei vor einer möglichen erneuten Therapie mit Xyrem in höherer Dosierung eine Polysomnographie erforderlich sei). Der Versicherte habe unter anderem von pro Woche drei- bis viermaligem Auftreten von Kataplexien, nur seltenen Stürzen, aber häufigen hypnagogogen Halluzinationen berichtet. Aufgrund der ausgesprochenen Einschlafneigung (in der Epworth-Sleepiness-Scale seien 19 von 21 Punkten nachgewiesen worden) sei der Versicherte sicherlich zu mindestens 50 % arbeitsunfähig, in Kombination mit der psychiatrischen Symptomatik (eines V. a. eine depressive Episode im Rahmen einer Anpassungsstörung und eines V. a. eine narzisstische Persönlichkeitsstruktur mit Kränkung) wahrscheinlich in einem höheren Grad. Das Zentrum habe dem Versicherten deshalb zu einem Einwand gegen den Vorbescheid geraten. – Der RAD hielt daraufhin am 13. Mai 2014 (IV-act. 116) an seiner Einschätzung fest.

A.v In der Folge wurde ein Bericht des Zentrums für Schlafmedizin vom 1. Mai 2014 (Eingang 14. Mai 2014; IV-act. 117) eingereicht. Es sei nach der Polysomnographie Xyrem verordnet worden. Von der Ehefrau des Versicherten würden glaubhaft sehr viele Kataplexien, zurzeit ca. zwei bis drei pro Tag, geschildert. In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit des Versicherten müsse nach wie vor von einer ausgeprägten Einschränkung ausgegangen werden.



St.Galler Gerichte

A.w Der Rechtsvertreter des Versicherten beantragte am 2. Juni 2014 (IV-act. 119), dass die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle den Versicherten versuchsweise bei sich für ein Praktikum einstelle und danach neu evaluiere. Eine Arbeitsfähigkeit gemäss Vorbescheid sei nicht vorhanden. Bei einer mittleren Einschlafzeit von 5.9 Minuten gemäss Bericht vom 2. Mai 2013 eine Arbeitsstelle mit einem Pensum von mehr als 50 % zu finden, sei fernab jeglicher Realität. Dies habe nicht im entferntesten etwas mit einer wohlwollenden Beurteilung durch den Behandler zu tun. Bezüglich der Schwerhörigkeit stelle sich die Frage, ob sie Einfluss auf ein normales Arbeitsumfeld habe oder nicht, was zurzeit unklar sei.

A.x Mit Verfügung vom 19. Juni 2014 (IV-act. 120) wies die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen einen Rentenanspruch des Versicherten bei einem Invaliditätsgrad von 5 % (Valideneinkommen Fr. 58'329.--, Invalideneinkommen Fr. 55'046.--) ab. Die Leistungsfähigkeit sei um 10 % eingeschränkt.

A.y Am 13. Juni 2014 (Eingang 25. Juni 2014) reichte die Klinik für Neurologie am Kantonsspital St. Gallen einen Bericht des Zentrums für Schlafmedizin von jenem Tag (IV-act. 123-3 f.) ein. Aus rein neurologischer Sicht sei der Versicherte zu mindestens 50 % arbeitsunfähig.

B.

Gegen die Verfügung vom 19. Juni 2014 richtet sich die von Advokat lic. iur. Martin Boltshauser, Procap Schweiz, für den Betroffenen am 19. August 2014 erhobene Beschwerde. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers beantragt, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und dem Beschwerdeführer sei eine Invalidenrente zuzusprechen, eventualiter sei die Angelegenheit zu weiteren Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Ausserdem seien dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Prozessführung samt Befreiung von allfälligen Vorschuss- und Sicherheitsleistungen und die unentgeltliche Rechtsverteidigung zu bewilligen. Obwohl der RAD am 24. März 2011 keine Ergänzungsfragen vorgesehen habe, seien am 4. August 2011 Zusatzfragen an das Interdisziplinäre Zentrum für Schlafmedizin gerichtet worden. Der Grund hierfür sei nicht bekannt; es werde der Eindruck erweckt, es seien Gründe gesucht worden, um die klare RAD-Beurteilung zu revidieren.



Einhalb Jahre nach dieser Beurteilung seien die in der Zwischenzeit neu eingegangenen Akten dem RAD (einem andern Arzt) erneut vorgelegt worden, worauf der bisher klare Sachverhalt - trotz Fehlens grosser Veränderungen - erstaunlicherweise nicht mehr beurteilbar gewesen sei. Der RAD-Arzt habe einen umfangreichen Fragenkatalog an das Zentrum für Schlafmedizin, den Beschwerdeführer und den Hausarzt ausgearbeitet. Auch nach Eingang der Antworten hätten für ihn noch Unklarheiten bestanden. Er habe festgehalten, ohne kritisches Hinterfragen der ärztlichen Berichte würde eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % für jegliche Tätigkeit resultieren. Sein Fazit lasse erkennen, dass das nicht habe in Frage kommen können. Er weise auf Widersprüche in den Angaben des Beschwerdeführers hin, gehe aber mit keinem Wort auf die Testresultate, etwa den MWT vom 21. März 2013, ein. Eine dezidierte und objektive Auseinandersetzung über sämtliche Fakten fehle schlichtweg. Am 12. August 2013 habe der RAD-Arzt erneut einen umfangreichen Fragenkatalog an den Beschwerdeführer zusammengestellt, ohne aber auf den eingeholten Bericht des Zentrums für Schlafmedizin vom 4. Juli 2013 einzugehen, so, als ob dieser gar nie geschrieben worden wäre. Darin sei festgehalten worden, der Beschwerdeführer sei maximal zu 20 bis 25 % arbeitsfähig; seine Angaben würden glaubwürdig erscheinen und sich mit den objektivierbaren Befunden decken. Am 12. Dezember 2013 habe der RAD die Arbeitsfähigkeit in einer optimal adaptierten Tätigkeit mit 100 % abzüglich vermehrter Pausen wegen Einschlafens beurteilt und sei von einer um 10 % verminderten Leistungsfähigkeit ausgegangen. Wieviel Einschränkung die Schlafpausen bedeuteten, sei nicht ersichtlich; das sei in der Folge von der Beschwerdegegnerin auch vollständig ignoriert worden. Der Umfang sei nie konkret ermittelt worden, was nachgeholt werden müsste. Das könnte nur unter realen Bedingungen geschehen, beispielsweise in einem Arbeitsversuch in einer geschützten Werkstätte. Ein solcher Arbeitsversuch müsste eng von den RAD-Ärzten begleitet werden, denn die Einschätzungen der behandelnden Ärzte finde vorliegend offensichtlich keine Anerkennung. Die RAD-Ärzte müssten sich ausserdem mit der massiven Abweichung der Arbeitsfähigkeitsschätzungen durch ausgewiesene Spezialisten auseinandersetzen. Die bisherige Abweichung sei nicht nachvollziehbar, weshalb auf die Einschätzung der Spezialisten abzustellen sei. Ausserdem sei ein Leidensabzug von 15 % vorzunehmen. Denn das gesamte Arbeitsumfeld des Beschwerdeführers müsse auf ein ständiges Einschlafen ausgerichtet sein. Selbst bei



St.Galler Gerichte

einer Schreibtischtätigkeit, für welche der Beschwerdeführer aber keine Qualifikation aufweise, müssten Vorsichtsmassnahmen getroffen werden (für den Fall, dass dieser vom Stuhl fiele), erst recht bei anderen Tätigkeiten. Das stelle hohe Anforderungen an einen Arbeitgeber. Eine solche Person werde nur zu einem tieferen Lohn eingestellt.

C.

Am 3. September 2014 ging ein Bericht des Zentrums für Schlafmedizin vom 28. August 2014 (IV-act. 126) bei der Beschwerdegegnerin ein. Unter erhöhter Dosierung von Xyrem habe sich der Nachtschlaf des Beschwerdeführers verbessert. Es träten mindestens drei bis vier Kataplexien pro Tag auf. Von häufigen, meist 10 bis 20 Minuten dauernden Powernaps profitiere der Beschwerdeführer, sei aber dennoch nicht belastbar und stosse ständig an seine Grenzen. Er vermeide sozialen Kontakt aus Angst vor Kataplexien, vor allem bei Wut und Ärger. In der Epworth-Sleepiness-Scale hätten sich 15 von 21 Punkten ergeben. Aufgrund der pathologisch erhöhten Tagesschläfrigkeit, der häufigen Kataplexien und verminderter Belastbarkeit werde die Arbeitsunfähigkeit auf 70 % geschätzt.

D.

In ihrer Beschwerdeantwort vom 29. September 2014 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. In medizinischer Hinsicht stütze sich die Verfügung auf die Einschätzung des RAD, wonach in einer optimal angepassten Tätigkeit eine um 10 % verminderte Leistungsfähigkeit wegen zusätzlich vermehrter Schlafpausen bestehe. Sowohl objektivierbare als auch medizinisch nicht oder nicht klar fassbare Beschwerdebilder könnten die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit beeinträchtigen. Entweder müssten die subjektiven Beschwerdeangaben durch korrelierende fachärztlich schlüssig feststellbare Befunde hinreichend erklärbar sein oder es sei bei unklaren Beschwerdebildern anhand der Foerster-Kriterien zu prüfen, ob das Leiden grundsätzlich invalidisierend sein könne. Die Ärzte am Kantonsspital St. Gallen würden die Arbeitsunfähigkeit mit den subjektiven Angaben des Beschwerdeführers begründen, was für einen rechtsgenügenden Nachweis der erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitsschadens nicht ausreiche. Aus Gründen der Rechtsgleichheit seien sämtliche pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen



St.Galler Gerichte

Beschwerdebilder ohne nachweisbare organische Grundlage den gleichen sozialversicherungsrechtlichen Anforderungen zu unterstellen. Gemäss Pschyrembel seien für eine Narkolepsie imperative Schlafanfälle charakteristisch, deren Ursache unbekannt sei. Die Narkolepsie gehöre gemäss Wikipedia zur Gruppe der Schlafstörungen (Hypersomnien). Sie habe eine zentrale Ursache. Die klassische Narkolepsie (Narkolepsie mit Kataplexie) sei eine neurologische Erkrankung. Bei einer Narkolepsie mit Kataplexie unklarer Ursache sei analog zur nichtorganischen Hypersomnie nach den von der Rechtsprechung formulierten Kriterien vorzugehen. Der von Dr. H. ___ diagnostizierten mittelgradigen depressiven Episode mit somatischem Syndrom komme kein eigenständiger Krankheitswert zu, sei die Narkolepsie doch eng mit ihr verknüpft. Eine rentenbegründende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sei nicht rechtsgenügend ausgewiesen.

E.

Am 8. Oktober 2014 hat die Gerichtsleitung dem Gesuch um Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege (Befreiung von den Gerichtskosten und Bewilligung der unentgeltlichen Rechtsverteidigung) entsprochen.

F.

Mit Replik vom 27. Oktober 2014 bringt der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers vor, die Beschwerdegegnerin übersehe die objektive und organisch bedingte Ursache der Narkolepsie mit Kataplexien. Es liege kein pathogenetisch-ätiologisch unklares syndromales Beschwerdebild ohne nachweisbare organische Grundlage vor, sondern das Beschwerdebild sei objektivierbar, denn dem Beschwerdeführer fehle das Orexin, das den Tagesrhythmus eines gesunden Menschen steuere, im Liquor. Eine organische Erkrankung (Narkolepsie) sei ungleich schwerer als eine psychische; die Schlafneigung könne diesfalls nicht einfach willentlich überwunden werden. Die Schweizerische Narkolepsie Gesellschaft halte im Internet fest, die Narkolepsie sei keine psychische Krankheit. Die Ausführungen der Beschwerdegegnerin zu Überwindbarkeit von Schmerzen und Komorbidität psychischer Erkrankungen seien nicht relevant. Die Beschwerdegegnerin versuche, organisch bedingte Beschwerdebilder in psychiatrische umzudeuten. Ihre Argumentation erscheine diesbezüglich willkürlich und



sachfremd. Ausserdem sei der Körper im Dauerstress. Dass die Leistungsfähigkeit um 10 % vermindert sein sollte, sei nicht realistisch, wie sich aus den Expertenberichten entnehmen lasse. Die Ärzte am Kantonsspital St. Gallen hätten sich bei ihrer Beurteilung auf die nachgewiesene Diagnose, selbst durchgeführte Tests und die Angaben des Beschwerdeführers gestützt. Allein die Diagnose der Narkolepsie mit Kataplexien - ein selbständiges organisches Beschwerdebild - reiche aus, um krankheitsbedingte erwerbliche Auswirkungen zu begründen. Die einzige Frage, die sich stelle, sei der Umfang der Einschränkung. Die von Dr. H.____ diagnostizierte mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom habe einen zusätzlichen, die massive Einschränkung verstärkenden Einfluss. Ob sie eine relevante psychische Komorbidität zur selbständigen organischen Narkolepsie begründe, sei irrelevant. Dass sich die Beschwerdegegnerin auf die Einschätzung des RAD stütze, sei unwesentlich; ihre Einschätzung sei völlig utopisch und nicht nachvollziehbar.

G.

Die Beschwerdegegnerin hält in ihrer Duplik vom 30. Oktober 2014 fest, bei der Narkolepsie handle es sich unbestrittenermassen nicht um eine psychische Erkrankung. Der allenfalls organische Charakter der Narkolepsie mit Kataplexie unklarer Ursache stehe der aus Gründen der Rechtsgleichheit erforderlichen Unterstellung unter die Rechtsprechung zu den pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage nicht entgegen. Denn die Rechtsprechung habe die zu vorwiegend psychisch begründeten Schmerzstörungen entwickelten Regeln unter anderem auch auf die als organisches Leiden betrachtete Fibromyalgie und auf unspezifische Nackenschmerzen (Schleudertrauma) übertragen.

Erwägungen

1.

1.1 Im Streit liegt die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 19. Juni 2014, mit welcher das Leistungsgesuch des Beschwerdeführers, namentlich sein Rentenanspruch, abgewiesen worden ist.



1.2 Der Beschwerdeführer lässt die Zusprache einer Rente, im Eventualstandpunkt weitere Abklärungen, beantragen. Streitgegenstand bildet demnach der allfällige Rentenanspruch. Berufliche Eingliederungsmassnahmen waren gemäss einer Mitteilung vom 11. August 2010 abgelehnt worden. Ergäbe sich allerdings, dass ohne Eingliederungsmassnahmen ein Rentenanspruch in Frage stünde, so gehörte zum Streitgegenstand notwendigerweise auch die Frage, ob die Verwaltung den Grundsatz "Eingliederung vor Rente" beachtet und eine allfällige Pflicht des Beschwerdeführers zu Massnahmen korrekt in Anspruch genommen habe.

2.

2.1 Nach Art. 28 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % Anspruch auf eine Viertelsrente.

2.2 Art. 8 Abs. 1 ATSG umschreibt Invalidität als die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit (als Folge unter anderem von Krankheit, vgl. Art. 4 Abs. 1 IVG) 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). Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann entsprechend nur relevant sein, wenn sie Folge einer fachärztlich einwandfrei diagnostizierten Gesundheitsbeeinträchtigung ist (vgl. Bundesgerichtsentscheid 9C_125/2015 E. 5.3, BGE 130 V 396). Eine (so bedingte) Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit muss in jedem Einzelfall unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein (vgl. BGE 127 V 294, BGE 99 V 28). Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens,



Arbeit in ausreichendem Masse zu verrichten, zu vermeiden in der Lage wäre, sind nach der Rechtsprechung nicht als Auswirkungen einer krankhaften (dort: seelischen) Verfassung zu betrachten (vgl. BGE 102 V 165).

3.

3.1 Für die Invaliditätsbemessung sind demnach zunächst die medizinischen Vorbedingungen von Bedeutung. Der Arzt sagt, inwiefern die versicherte Person in ihren körperlichen bzw. geistigen Funktionen durch das Leiden eingeschränkt ist (BGE 107 V 17 = ZAK 1982 S. 34). Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beschreiben und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Die ärztlichen Auskünfte sind im Weiteren eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 99 f. E. 4, vgl. BGE 141 V 281 E. 5.2.1).

3.2 Die Beschwerdegegnerin stützt sich bei ihrer Verfügung, in welcher sie bei Annahme einer Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers von 10 % einen Invaliditätsgrad von 5 % errechnet hat, für den medizinischen Teil auf die Beurteilung des RAD-Arztes vom 13. Mai 2014. Darin hat dieser an seiner bisherigen, am 12. Dezember 2013 im Zusammenwirken mit einer RAD-Ärztin entwickelten Auffassung festgehalten, wonach der Beschwerdeführer in der bisherigen Tätigkeit nicht mehr, in einer optimal adaptierten Tätigkeit aber zu 100 % abzüglich vermehrter Schlafpausen und (vgl. IV-act. 94-2) abzüglich von 10 % wegen verminderter Leistungsfähigkeit arbeitsfähig sei. Mit der Annahme einer Arbeitsfähigkeit von 90 % hat die Beschwerdegegnerin somit zum einen ausser Acht gelassen, dass der Bedarf an Schlafpausen nach dieser Beurteilung zur Leistungsverminderung um 10 % hinzukommt. Der Pausenbedarf als solcher ist zudem nicht quantifiziert worden, weshalb die entsprechende RAD-Arbeitsfähigkeitsschätzung insofern in sich ungenügend bestimmt ist. Wird aber - was sich rechtfertigen dürfte - angenommen, dass nicht mit einem Pausenbedarf von mehr als 45 % Arbeitszeit gerechnet wurde, so weicht der RAD mit seiner Aktenbeurteilung zum andern weit von den Arbeitsfähigkeitsbeurteilungen in allen aktenkundigen fachärztlichen Berichten (50 % Arbeitsunfähigkeit oder mehr, vgl. unten E. 3.3) ab. Dr. B.____, welcher als Einziger



zunächst am 19. Mai 2010 noch eine Arbeitsfähigkeitsangabe von 100 % gemacht hatte, erklärte sich nämlich schon am 11. Oktober 2010 zu einer Beurteilung für fachlich ungenügend kompetent und verwies auch am 5. Mai 2014 auf die Beurteilung der Spezialisten.

3.3 Das Zentrum für Schlafmedizin hatte am 22. November 2010 allein der Narkolepsie des Beschwerdeführers eine Arbeitsunfähigkeit von (eventuell mindestens) 50 % zugeschrieben. Es ist davon auszugehen, dass der Fachbereich Psychosomatik am 24. März 2011 (bei unterschiedlichen Angaben) annahm, der Beschwerdeführer werde infolge einer invalidisierenden psychischen Symptomatik frühestens ab 2. September 2011 wieder bis maximal zu 50 % arbeitsfähig sein. Der damals zuständige RAD-Arzt hatte denn auch am 6. April 2011 (IV-act. 40) für überzeugend gehalten, dass der Beschwerdeführer in der angestammten Tätigkeit seit 1. Januar 2010 nicht mehr und in einer adaptierten Tätigkeit aus neurologischen und psychiatrischen Gründen noch zu 50 % arbeitsfähig sei. Das Psychiatrie-Zentrum G.____ attestierte dem Beschwerdeführer danach am 14. November 2012 eine Arbeitsunfähigkeit von 50 %, am 30. Mai 2013 und am 12. November 2013 gar eine solche von 100 %. Im September 2011 hatte nach Angaben der Klinik für Neurologie am Kantonsspital St. Gallen aufgrund der somatischen und psychiatrischen Gesundheitsschäden eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 80 % bestanden, im Juli 2013 aus rein neurologischer Sicht eine solche von 75 bis 80 %. Am 24. Januar 2014 wurde von einer Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50 % allein wegen der Einschlafneigung, in Kombination mit der psychiatrischen Symptomatik von einer wahrscheinlich grösseren Arbeitsunfähigkeit berichtet, am 13. Juni 2014 von einer Arbeitsunfähigkeit von - rein neurologisch gesehen - mindestens 50 %. Am 28. August 2014 (allerdings gut zwei Monate nach dem für die vorliegende Beurteilung des Sachverhalts letzten noch massgeblichen Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung) wurde eine Arbeitsunfähigkeit von 70 % attestiert.

3.4 Der RAD ist in der erwähnten abschliessenden Beurteilung von diesen Arbeitsfähigkeitsschätzungen weit abgewichen, ohne aber die zugrunde liegenden Gesundheitsschäden in Abrede zu stellen (vgl. die Meldung des Verdachts auf eine Einschränkung der Fahrtauglichkeit; IV-act. 93). Aufgrund der Beurteilungen des Interdisziplinären Zentrums für Schlafmedizin ist denn auch davon auszugehen, dass



der Beschwerdeführer an einer Narkolepsie mit Kataplexien leidet. Diese fachärztlich gestellte Diagnose wurde namentlich durch Bestimmung des Orexinspiegels im Liquor im Oktober 2011 gesichert. Es wurden aber auch verschiedene andere objektivierende Tests vorgenommen, so etwa mehrfach Polysomnographien bzw. MSLTs (August 2008, IV-act. 6-7, September 2010, IV-act. 32-3, später noch März 2014, IV-act. 114). Es waren (2008) Sleep-Onset-REM-Schlaf und (auch 2014) ein fragmentiertes Schlafprofil festgestellt worden. Eine Untersuchung der Vigilanz in zwei verschiedenen Tests im März 2013 (IV-act. 77-2) war äusserst pathologisch ausgefallen (Einschlafen nach wenigen Minuten). Der Beschwerdeführer hatte im Juni 2010 auch während 17 Tagen regelmässig eine Aktiwatch getragen. Trotz dieser erhobenen Befunde und ihrer fachärztlichen Beurteilung hatte der RAD im Juni 2013 im Übrigen zunächst noch daran festgehalten, dass eine ausreichende Objektivierung fraglich und diesbezügliche Erkundigungen, unter anderen beim Interdisziplinären Zentrum für Schlafmedizin, einzuholen seien.

3.5 Bei einer neuropsychologischen Testung im September 2010 waren zudem formal insgesamt mittelschwere Störungen, in einzelnen Bereichen wie der kognitiven Verarbeitungsgeschwindigkeit, Alertness, Vigilanz und Denkflexibilität bis zu schwere Störungen gefunden worden. Es war darauf hingewiesen worden, dass eine zeitweise eingeschränkte Anstrengungsbereitschaft des Beschwerdeführers nicht ausgeschlossen sei. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass der Nachweis fehlenden Orexins erst später gelang. Bei der Würdigung der neuropsychologischen Ergebnisse sind sowohl die Narkolepsie als auch eine allfällige Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit (depressive Störung) zu beachten.

3.6 Schon im Jahr 2008, vor der Kündigung des Arbeitsverhältnisses (vom Oktober 2009), war vom Interdisziplinären Zentrum für Schlafmedizin der Verdacht auf depressive Störungen geäussert worden. Fachärztlich wurde am 24. März 2011 eine Neurasthenie diagnostiziert, welche die Symptomatik der - damals noch nicht somatisch bestätigten - Narkolepsie überlappe. Ausserdem wurde auf die Gefahr der Entwicklung einer depressiven Episode hingewiesen. Im Juni 2012 hat sich nach Auffassung der Neurologin eine Verschlechterung durch eine depressive Anpassungsstörung ergeben. Vom Psychiatrie-Zentrum G.____ wurde im November 2012 fachärztlich eine leichte depressive Episode festgestellt, am 30. Mai 2013 eine



mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom. Am 12. November 2013 schliesslich wurde von einem komplexen Zustandsbild und einem chronifizierten Krankheitsverlauf berichtet. Psychiatrisch fachärztlich liegen demnach unterschiedliche Diagnosen vor, welche möglicherweise divergierend, möglicherweise aber auch sich in der Zeitenfolge ablösende Gesundheitsschäden beschreiben. Der Beschwerdeführer steht jedenfalls nach der Aktenlage bereits seit Mai 2011 in entsprechender Behandlung.

3.7 Nach den ergänzenden Abklärungen bei der Krankenkasse hat der RAD am 12. Dezember 2013 dann eingeräumt, dass der Beschwerdeführer die Medikamente überwiegend wahrscheinlich eingenommen habe, er in ausreichender ärztlicher Behandlung stehe und relevante Inkonsistenzen nicht erkennbar seien. - Von den Schätzungen der Neurologin (und der psychiatrischen Fachärzte) der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer adaptierten Tätigkeit wich er wie erwähnt dennoch ab, ohne dass er eine Begründung dargelegt hätte. Er schloss sich in seinen Akteneinschätzungen also nicht der einen oder anderen Arbeitsfähigkeitsschätzung eines Arztes an, welcher den Beschwerdeführer selber untersucht hat, sondern setzte die Arbeitsfähigkeit selber hiervon - erheblich - differierend fest. Dass der Beschwerdeführer in der bisherigen Tätigkeit seit 1. Januar 2010 (bzw. 4. Januar 2010) voll arbeitsunfähig ist, liess er hingegen unbestritten. Das erscheint nicht nachvollziehbar.

3.8 Die regionalen ärztlichen Dienste setzen gemäss Art. 59 Abs. 2bis IVG die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben. Nach Art. 49 Abs. 1 IVV beurteilen sie die medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs. Die geeigneten Prüfmethode können sie im Rahmen ihrer medizinischen Fachkompetenz und der allgemeinen fachlichen Weisungen des Bundesamtes frei wählen. Gemäss Art. 49 Abs. 2 IVV können sie bei Bedarf selber ärztliche Untersuchungen von Versicherten durchführen. Sie halten die Untersuchungsergebnisse schriftlich fest. - Das Absehen von eigenen Untersuchungen kann insbesondere dann ein Grund sein, einen RAD-Bericht in Frage zu stellen, wenn es - wie es hier der Fall ist - nicht um die Beurteilung eines im Wesentlichen bereits feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, womit die direkte ärztliche Befassung



mit der versicherten Person entbehrlich wäre (vgl. Bundesgerichtsentscheid vom 18. Januar 2016, 9C_405/2015 E. 5.1; vgl. auch etwa die Entscheide des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 18. Mai 2010, IV 2008/367, und vom 17. Juni 2009, IV 2007/454). Mangels eigener Untersuchung handelt es sich bei den vorliegenden RAD-Berichten nicht um Stellungnahmen im Sinn von Art. 49 Abs. 2 IVV, sondern lediglich um Empfehlungen zur weiteren Bearbeitung des Leistungsbegehrens aus medizinischer Sicht (Art. 59 Abs. 2bis IVG und Art. 49 IVV), die sich nach der Rechtsprechung einzig dazu zu äussern vermögen, ob der einen oder anderen ärztlichen Ansicht zu folgen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen ist (vgl. Bundesgerichtsentscheide vom 2. Mai 2016, 9C_839/2015 E. 3.3, und 9C_405/2015 E. 5.1).

3.9 Der RAD-Beurteilung kann aus diesen Gründen nicht gefolgt werden. Da sich der Sachverhalt auch anhand der aus dem Blickwinkel der behandelnden Ärzteschaft abgegebenen Arbeitsfähigkeitsschätzungen nicht ausreichend zuverlässig erheben lässt, namentlich was das Ausmass der Beeinträchtigung infolge des Zusammenfallens von somatischem und psychischem Leiden und allfällige relevante Änderungen des Sachverhalts innerhalb des gesamten massgeblichen Zeitraums betrifft, wird ihn die Beschwerdegegnerin ergänzend abzuklären haben. Angemerkt werden kann, dass zumindest bei gegebener Aktenlage kein Anlass besteht, die Rechtsprechung des Bundesgerichts zu den pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage heranzuziehen, ist die Diagnose einer Narkolepsie mit Kataplexien beim Beschwerdeführer doch fachärztlich neurologisch gestellt und sind die Auswirkungen in verschiedenen Tests objektiviert worden. In dem von der Beschwerdegegnerin zitierten BGE 137 V 64 (E. 4) erklärte das Bundesgericht die Rechtsprechung zu den anhaltenden somatoformen Schmerzstörungen für sinngemäss anwendbar, wenn sich die Frage nach der invalidisierenden Wirkung einer nichtorganischen Hypersomnie stellt. Eine solche liegt nach der Aktenlage unbestrittenermassen nicht vor. Für organische Narkolepsien hat das Bundesgericht eine solche Subsumtion - soweit ersichtlich - nicht postuliert. Auch der Vergleich mit der Rechtsprechung zu Fibromyalgie und unspezifischen Nackenschmerzen als organische Leiden vermag deren analoge Anwendung auf den vorliegenden Sachverhalt nicht zu rechtfertigen.

4.



St.Galler Gerichte

4.1 Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 19. Juni 2014 teilweise gutzuheissen und die Sache ist zu ergänzenden Abklärungen im Sinn der Erwägungen und zu entsprechender neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

4.2 Bei diesem Verfahrensausgang ist für die Kosten von einem vollen Obsiegen des Beschwerdeführers auszugehen (vgl. BGE 137 V 57). Die Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung (Befreiung von den Gerichtskosten und Bewilligung der unentgeltlichen Rechtsverteidigung) für den Beschwerdeführer vom 8. Oktober 2014 braucht damit nicht in Anspruch genommen zu werden.

4.3 Die Gerichtskosten, die nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festgelegt werden (Art. 69 Abs. 1 bis IVG), sind demnach gesamthaft der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen (vgl. Art. 95 Abs. 1 VRP/SG). Eine Entscheidgebühr von Fr. 600.-- erscheint angemessen.

4.4 Der Beschwerdeführer hat bei diesem Ausgang des Verfahrens gegenüber der Beschwerdegegnerin Anspruch auf Ersatz der Parteikosten, die vom Gericht ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen werden (Art. 61 lit. g ATSG; vgl. auch Art. 98 ff. VRP/SG, sGS 951.1). Der Bedeutung der Streitsache und dem Aufwand angemessen erscheint eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer).

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

Die Beschwerde wird unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 19. Juni 2014 teilweise gutgeheissen und die Sache wird zu ergänzenden Abklärungen im Sinn der Erwägungen und zu entsprechender neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.

2.



Die Beschwerdegegnerin bezahlt eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.--.

3.

Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- zu bezahlen.