



**Fall-Nr.:** IV 2017/348  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 10.10.2019  
**Entscheiddatum:** 22.08.2019

### **Entscheid Versicherungsgericht, 22.08.2019**

**Art. 7 ATSG; Art. 8 ATSG, Art. 28 IVG: Nachdem ein vorgängiges Leistungsgesuch des Beschwerdeführers gestützt u.a. auf ein psychiatrisches Verlaufsgutachten abgewiesen worden war, meldete sich der Beschwerdeführer nach einem erneuten Herzinfarkt (NSTEMI) erneut bei der IV an. Die behandelnden Kardiologen attestierten keine längerdauernde Arbeitsunfähigkeit. In psychiatrischer Hinsicht ergibt sich aus der Aktenlage, dass sich der Gesundheitszustand seit der beweistauglichen und den Anforderungen des strukturierten Beweisverfahrens genügenden Verlaufsbeurteilung nicht verändert hat. Nach wie vor sind psychosoziale Belastungsfaktoren ausschlaggebend und werden die psychotherapeutischen sowie kardiologischen Behandlungsmöglichkeiten nicht ausgeschöpft (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 22. August 2019, IV 2017/348).**

#### **Entscheid vom 22. August 2019**

Besetzung

Versicherungsrichterinnen Michaela Machleidt Lehmann (Vorsitz), Miriam Lendfers und Marie-Theres Rüegg Haltinner; Gerichtsschreiberin Beatrix Zahner

Geschäftsnr.

IV 2017/348

Parteien

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



## St.Galler Gerichte

### Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwältin Jasmina Husidic, MLaw, c/o 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

### Rente

### Sachverhalt

#### A.

**A.a** A.\_\_\_\_ meldete sich am 15. Juni 2016 erneut bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (IV-act. 205), nachdem er am 31. März 2016 einen zweiten Herzinfarkt erlitten hatte (Status nach NSTEMI [Nicht-ST-Hebungsinfarkt] mit subtotalem Verschluss der distalen RCA mit PTCA und Stenting am 1. April 2016; IV-act. 205; vgl. auch Austrittsbericht Klinik für Kardiologie, Kantonsspital St. Gallen [KSSG], vom 3. Mai 2016, IV-act. 213). Der Versicherte hatte bereits am 11. April 2010 unter Hinweis auf einen (ersten) Herzinfarkt und seither bestehende psychische Probleme um Leistungen der IV ersucht (IV-act. 1). Gestützt auf ein kardiologisches Gutachten von Dr.med. B.\_\_\_\_, Arzt Kardiologie Kantonsspital St. Gallen (KSSG), vom 16. August 2012 (IV-act. 103) und auf ein psychiatrisches Gutachten von med.pract. C.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 15. November 2012 (IV-act. 108) hatte die IV-Stelle das Gesuch mit Verfügung vom 25. November 2013 hinsichtlich beruflicher Massnahmen abgewiesen (IV-act. 129). Nachdem sie bei med.pract. C.\_\_\_\_ ein Verlaufsgutachten eingeholt hatte (vom 19. Januar 2015, IV-act. 171), hatte sie mit Verfügung vom 3. Juni 2015 auch das Rentengesuch abschlägig beurteilt (IV-act. 181).



**A.b** Vom 17. November bis 18. Dezember 2015 war der Versicherte in der Psychiatrischen Klinik D.\_\_\_\_ hospitalisiert gewesen. Dort war eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10: F33.2), diagnostiziert und bei Austritt eine 100%-ige Arbeitsfähigkeit attestiert worden (Austrittsbericht vom 5. Januar 2016, IV-act. 222). Dr.med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Medizin FMH, hatte am 30. Mai 2016 zuhause der IV-Stelle festgehalten, die koronare Eingefässerkrankung von 2006 habe sich in den letzten zehn Jahren zu einer schweren koronaren Dreifässerkrankung entwickelt (Diagnose: Koronare Dreifässerkrankung und hypertensive Herzkrankheit mit Status nach anteroseptalem Myokardinfarkt Februar 2006 mit PTCA/Stenting einer RIVA-Stenose, Status nach NSTEMI am 31. März 2016 mit subtotalem Verschluss des distalen RCA mit PTCA und Stenting am 1. April 2016, elektive PTCA/Stenting der proximalen ACD bei schwerer Stenose am 2. Mai 2016). Der Versicherte sei wegen einer schweren Episode der Depression mit latenter Suizidalität für eine stationäre Behandlung in der KPK Wil angemeldet. Die Hospitalisation habe wegen der kardialen Rehabilitation noch nicht stattgefunden. Aus somatischer Sicht bestehe aktuell noch eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit (IV-act. 206; vgl. auch Bericht Kardiologische Sprechstunde, Spital F.\_\_\_\_, vom 6. Juni 2016, IV-act. 211).

**A.c** Die IV-Stelle entschied am 25. Juli 2016, zurzeit seien keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen möglich (Mitteilung, IV-act. 221).

**A.d** Dr.med. G.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, teilte mit Arztbericht vom 18. August 2016 die Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10: F33.2), sowie einer andauernden Persönlichkeitsveränderung nach psychischer Erkrankung (ICD-10: F62.1) mit. Der Versicherte leide unter einer ausgeprägt reduzierten psychischen Belastbarkeit, einer ausgeprägt eingeschränkten körperlichen und geistigen Durchhaltefähigkeit, einer eingeschränkten geistigen Flexibilität, einer schweren Selbstwertproblematik, unter schweren Störungen der sozialen Interaktionen, unter Antriebsstörungen und einer verlangsamten Psychosomatik. Er sei zu 100% arbeitsunfähig (IV-act. 224).



**A.e** RAD-Arzt Dr.med. H.\_\_\_, Facharzt für Prävention und Gesundheitswesen, nahm am 19. Dezember 2016 Stellung, die Ärzte der psychiatrischen Klinik D.\_\_\_ hätten bei Austritt keine schwerwiegenden Befunde mehr beschrieben, so dass ihre Einschätzung (einer 100%-igen Arbeitsfähigkeit) gut nachvollzogen werden könne. Auf die Einschätzung von Dr. G.\_\_\_ könne mangels eines ärztlichen Befundes nicht abgestellt werden. Die kardiologische Behandlung sei so erfolgreich gewesen, dass der Versicherte bei der Kontrolle im Oktober 2016 wieder dieselbe Leistungsfähigkeit erreicht habe wie vor dem zweiten Herzinfarkt. Der Gesundheitszustand habe sich durch den zweiten Herzinfarkt vorübergehend verschlechtert. Mittlerweile entspreche er demjenigen im Referenzzeitpunkt (Verfügung vom 3. Juni 2015), so dass auch wieder die damalige Arbeitsfähigkeit (100% angestammt und adaptiert) gelte (IV-act. 236). Mit Mitteilung vom 11. Januar 2017 wies die IV-Stelle das Gesuch um berufliche Massnahmen ab (IV-act. 239).

**A.f** Am 8. Februar 2017 erlitt der Versicherte einen dritten NSTEMI. Als weitere Diagnosen hielten die Kardiologen des KSSG eine Ektasie der Aortenwurzel und der Aorta ascendens sowie rezidivierende atypische Thoraxschmerzen fest (Austrittsbericht Klinik für Kardiologie KSSG vom 20. Februar 2017, IV-act. 250-6 ff.). Im kardiologischen Sprechstundenbericht vom 17. März 2017 wurde festgehalten, der Versicherte sei im Alltag nicht eingeschränkt; Spaziergänge mit Hund sowie Treppensteigen über zwei Stockwerke seien ohne Beschwerden möglich. In der Zusammenschau der Befunde sei eine koronare Ursache der ausschliesslich in Ruhe aufgetretenen thorakalen Beschwerden eher unwahrscheinlich (IV-act. 253).

**A.g** Dr. G.\_\_\_ vermerkte im Arztbericht vom 5. April 2017, der Versicherte wirke ungepflegt. Es bestünden schwere Konzentrationsstörungen, sonst grob unauffällige mnestiche Funktionen. Im formalen Denken sei der Versicherte verlangsamt, grübele über die eigene Hoffnungslosigkeit. Im Affekt sei er deprimiert, affektive Schwingungsfähigkeit und Elan vitae seien deutlich reduziert, affektiv sei er nicht modulierbar, ein affektiver Rapport sei kaum herstellbar. Der Antrieb sei vermindert, motorisch sei er wenig lebhaft. Er berichte von passiven Todeswünschen. Mit der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit sei nicht mehr zu rechnen (IV-act. 256).



**A.h** IV-Ärztin Dr. I.\_\_\_\_, Fachärztin Neurologie, nahm am 13. April 2017 Stellung, aus kardiologischer Sicht sei es durch den NSTEMI zwar zu einer vorübergehenden Verschlechterung des Gesundheitszustandes gekommen, doch sei bereits nach Austritt aus dem KSSG die Arbeitsfähigkeit (in kardial angepasster Tätigkeit) wieder gegeben gewesen. Somatischerseits sei somit auch aktuell wieder der Zustand wie anlässlich der Verfügung von 2015 erreicht. Dem Bericht von Dr. G.\_\_\_\_ liessen sich keine Angaben entnehmen, welche einen Verlauf bzw. Gründe beschrieben, die zu einer Verschlechterung des psychischen Zustandes seit der Hospitalisation in der psychiatrischen Klinik D.\_\_\_\_ (bis 18. Dezember 2015) geführt haben könnten. Der von Dr. G.\_\_\_\_ attestierten 100%-igen Arbeitsunfähigkeit stehe entgegen, dass während der Hospitalisation der Zustand soweit habe gebessert werden können, dass nach Austritt wieder eine 100%-ige Arbeitsfähigkeit vorgelegen habe. Die Angaben zum Verlauf im Bericht vom 5. April 2017 seien identisch mit denjenigen vom 18. August 2016. Auch seien die therapeutischen Massnahmen seit der Therapieaufnahme unverändert geblieben. Da den Berichten von Dr. G.\_\_\_\_ keine Hinweise für eine anhaltende, signifikante Verschlechterung entnommen werden könnten, drängten sich aktuell keine weiteren medizinischen Abklärungen auf (IV-act. 257). Gestützt darauf gewährte die IV-Stelle dem Versicherten mit Vorbescheid vom 19. Juni 2017 das rechtliche Gehör zur beabsichtigten Abweisung des Rentenbegehrens (IV-act. 259).

**A.i** Hiergegen erhob der Versicherte am 17. August 2017 Einwand und machte geltend, die Remission der depressiven Störung sei nur kurzfristig gewesen. Er leide unter einer depressiven Störung mit unvollständiger Remission (double depression, Dysthymie mit zusätzlichen depressiven Episoden), weshalb er zwar zwischendurch, aber nie andauernd zu einer gewissen Leistung fähig sei. Hinzu kämen die regelmässigen Herzinfarkte, wobei er in ständiger Angst vor einem nächsten Infarkt lebe (IV-act. 274).

**A.j** Mit Verfügung vom 29. August 2017 wies die IV-Stelle das Rentengesuch ab. Durch die erlittenen Infarkte habe sich der Gesundheitszustand jeweils kurzfristig somatisch wie auch psychisch verschlechtert. Aufgrund der durchgeführten Abklärungen und der aktuellen medizinischen Berichte sei aktuell davon auszugehen, dass sowohl aus kardiologischer wie auch aus psychiatrischer Sicht wieder eine volle Arbeitsfähigkeit bestehe. Die Angst vor einem neuen Infarkt sei sicher verständlich und nachvollziehbar, begründe aber aus IV-rechtlicher Sicht keinen Anspruch auf Rentenleistungen.



Massgebend sei der Längsverlauf, und dass nicht von einer therapeutisch nicht mehr angehbaren depressiven Störung gesprochen werden könne (IV-act. 275).

### **B.**

**B.a** Gegen die Verfügung vom 29. August 2017 lässt A.\_\_\_\_, vertreten durch Rechtsanwältin MLaw J. Husidic, am 29. September 2017 Beschwerde erheben. Er beantragt, die angefochtene Verfügung sei unter Kosten- und Entschädigungsfolgen aufzuheben und es sei ein unabhängiges interdisziplinäres Gutachten in Auftrag zu geben. Eventualiter sei ihm eine ganze, subeventualiter mindestens eine halbe Rente zuzusprechen. Weiter ersucht er um unentgeltliche Prozessführung sowie Rechtsverteidigung. Er habe im Februar 2017 einen weiteren Infarkt erlitten. Sein psychischer Gesundheitszustand habe sich seit Behandlungsbeginn bei Dr. G.\_\_\_\_ am 6. Juni 2015 verschlechtert, so dass dieser ihm eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit attestiert habe. Der Standpunkt der IV-Ärztin, es liege keine Verschlechterung vor, sei demnach nicht nachvollziehbar. Die Beschwerdegegnerin habe sich nicht nach der Therapiehäufigkeit erkundigt und sei damit ihrer Abklärungspflicht nicht nachgekommen. Die IV-Ärztin sei nicht psychiatrische Fachärztin. Somit seien die psychiatrischen Beeinträchtigungen nicht hinreichend abgeklärt worden. Dass aus kardiologischer Sicht der gleiche Zustand wie vor dem Referenzzeitpunkt (3. Juni 2015) vorliegen solle, sei nicht nachvollziehbar. Die aktuelle Leistungsfähigkeit sei nicht abgeklärt worden; im Bericht zur Ergometrie vom 9. März 2017 werde lediglich von einer deutlich eingeschränkten Leistungsfähigkeit gesprochen. Der Sachverhalt sei somit auch kardiologisch lückenhaft abgeklärt. Eventualiter sei das Valideneinkommen zu ermitteln und beim Invalideneinkommen ein Leidensabzug vorzunehmen (act. G 1).

**B.b** Mit Beschwerdeantwort vom 8. Dezember 2017 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Sie weist darauf hin, der Beschwerdeführer habe aufgrund seiner aufenthaltsrechtlichen Situation einen starken psychosozialen Anreiz, als invalide zu gelten. Es falle auf, dass er sich unmittelbar nach Erhalt der Verfügung vom 3. Juni 2015 in die Behandlung von Dr. G.\_\_\_\_ begeben habe. Aus dessen Berichten ergäben sich keine Anhaltspunkte für eine relevante psychische Veränderung seit dem Referenzzeitpunkt. Möglich sei eine vorübergehende Verschlechterung im Herbst 2015. Dabei hätten ausdrücklich psychosoziale



## St.Galler Gerichte

Belastungsfaktoren im Vordergrund gestanden, welche invalidenversicherungsrechtlich auszuklammern seien. Eine relevante Veränderung des psychischen Gesundheitszustandes seit dem Referenzzeitpunkt könne mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden. Nach den kardiologisch behandelten Ereignissen vom 31. März 2016 und vom 8. Februar 2017 habe innert weniger Monate bzw. nach der Behandlung wieder eine volle Leistungsfähigkeit vorgelegen. Demnach sei von einer 100%-igen Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit auszugehen (act. G 5).

**B.c** Die vorsitzende Richterin bewilligt am 3. Januar 2018 die unentgeltliche Rechtspflege (Befreiung von den Gerichtskosten und unentgeltliche Rechtsverteidigung; act. G 6).

**B.d** In seiner Replik vom 2. Februar 2018 bestreitet der Beschwerdeführer eine aufenthaltsrechtliche Motivation und dass es sich bei der Beurteilung durch Dr. G.\_\_\_\_ um eine abweichende Interpretation eines im Wesentlichen unveränderten Sachverhalts handle. Er sei nach wie vor vollumfänglich arbeitsunfähig. Eine volle Leistungsfähigkeit liege nicht vor und habe zu keinem Zeitpunkt vorgelegen. Bei RAD-Berichten seien an die Beweistauglichkeit strengere Anforderungen zu stellen. Die fehlende fachspezifische Qualifikation von Dr. I.\_\_\_\_ stelle ein Indiz gegen die Zuverlässigkeit dar (act. G 8).

**B.e** Die Beschwerdegegnerin verzichtet auf eine Duplik (act. G 10).

## Erwägungen

### 1.

Verfahrensgegenstand bildet das neue Leistungsgesuch des Beschwerdeführers vom 15. Juni 2016 (IV-act. 205), nachdem ein erster Antrag vom 11. April 2010 mit rechtskräftig gewordener Verfügung vom 3. Juni 2015 abgewiesen worden war (IV-act. 181).

**1.1** Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die gesuchstellende Person glaubhaft macht, dass



sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 und 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV]). Ist die anspruchserhebliche Änderung glaubhaft gemacht, ist die Verwaltung verpflichtet, auf das neue Leistungsbegehren einzutreten und es in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht umfassend zu prüfen (Urteile des Bundesgerichts vom 17. April 2018, 9C\_589/2017, E. 4, mit weiteren Verweisen, vom 6. Juni 2018, 8C\_868/2017, E. 3.1 und vom 3. August 2018, 8C\_177/2018, E. 3.3).

**1.2** Nach Art. 28 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) besteht Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70%, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie wenigstens zu 60%, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50%, und auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40% invalid ist. Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen, Art. 16 ATSG).

**1.3** Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen; BGE 141 V 14 E. 6.3.1). Nach der Rechtsprechung ist es dem Sozialversicherungsgericht nicht verwehrt, gestützt auf im Wesentlichen oder sogar ausschliesslich von einem Versicherungsträger intern



eingeholte medizinische Unterlagen zu entscheiden. In solchen Fällen sind an die Beweiswürdigung jedoch strenge Anforderungen in dem Sinne zu stellen, dass bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind (BGE 122 V 157 E. 1d S. 162; Urteil des Bundesgerichts vom 26. Mai 2008 i.S. M., 9C\_55/2008, E. 4.2).

**1.4** Im Sozialversicherungsrecht gilt der Untersuchungsgrundsatz. Verwaltung und Sozialversicherungsgericht haben von sich aus für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen (BGE 122 V 158 E. 1a). Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist. In diesem Rahmen haben Verwaltungsbehörden und das Sozialversicherungsgericht zusätzliche Abklärungen stets dann vorzunehmen oder zu veranlassen, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebenden Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (BGE 117 V 282 E. 4a). Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen (vgl. BGE 126 V 360 E. 5b; BGE 125 V 195 E. 2, je mit Hinweisen).

## 2.

Vorliegend ist die Beschwerdegegnerin zu Recht auf das neue Gesuch des Beschwerdeführers vom 15. Juni 2016 eingetreten, nachdem der Beschwerdeführer im März 2016 den zweiten Herzinfarkt erlitten hatte. Es ist demnach umfassend zu prüfen, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers verschlechtert hat. Referenzzeitpunkt bildet die Verfügung vom 3. Juni 2015 (IV-act. 181), welche auf umfassenden Abklärungen beruhte (insbesondere psychiatrisches Verlaufsgutachten med.pract. C.\_\_\_\_ vom 19. Januar 2015).

## 3.

**3.1** Im Austrittsbericht vom 8. April 2016 der Inneren Medizin, Spital F.\_\_\_\_, wo der Beschwerdeführer nach seinem Infarkt vom 31. März 2016 behandelt wurde, wurde ausgeführt, echokardiographisch habe sich eine erhaltene Pumpfunktion gezeigt. In



einer submaximalen Ergometrie hätten sich bis zum Abbruch formal und subjektiv keine Ischämiezeichen auslösen lassen, so dass der Beschwerdeführer am 4. April 2016 in gutem Allgemeinzustand in die weitere Behandlung habe entlassen werden können. Eine Re-Intervention (ACD-Stenose) sei in drei bis vier Wochen vorgesehen (IV-act. 214). Im Austrittsbericht der Klinik für Kardiologie des KSSG vom 3. Mai 2016 wurde diese als erfolgreich bezeichnet (IV-act. 213). Im kardiologischen Sprechstundenbericht Spital F.\_\_\_\_ vom 27. Oktober 2016 wurde dargelegt, die Fahrradergometrie habe bezüglich Ischämie einen aussagekräftigen, subjektiv und formal negativen Untersuchungsbefund ergeben. Es zeige sich ein regelrechtes Kreislaufverhalten bei eingeschränkter Leistungsfähigkeit (131 Watt [74% Soll] bzw. 6.1 Mets). Klinisch präsentiere sich der Beschwerdeführer kardiopulmal kompensiert. Die beklagten atypischen thorakalen Beschwerden seien während der Belastung nicht aufgetreten. Zusammenfassend sei von einem stabilen Verlauf der koronaren Herzkrankheit auszugehen (IV-act. 234-2 ff.). Nach dem dritten NSTEMI am 8. Februar 2017 ergab eine submaximale Ergometrie bezüglich Ischämien bei knapper Aussagekraft eine subjektiv und formal negative Untersuchung, ein regelrechtes Kreislaufverhalten und eine normale Leistungsfähigkeit mit 183 Watt (Austrittsbericht vom 20. Februar 2017, IV-act. 250-6 ff.). Eine weitere Ergometrie vom 10. März 2017 war bezüglich Ischämie bei submaximaler Belastung nicht aussagekräftig, bis zum Abbruch subjektiv und formal negativ. Anamnestisch wurde erwähnt, der Beschwerdeführer könne täglich mit dem Hund spazieren gehen sowie zwei Stockwerke treppengehen ohne AP oder Dyspnoe. Somit sei er im Alltag nicht eingeschränkt (Sprechstundenbericht Klinik für Kardiologie KSSG vom 17. März 2017, IV-act. 253-4 ff.).

**3.2** Die behandelnde Kardiologin, med.pract. J.\_\_\_\_, führte im Arztbericht vom 11. März 2017 den NSTEMI bzw. die Gefässerkrankung als Erkrankung ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit auf und attestierte entsprechend weder für die bisherige noch eine Verweistätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit bzw. Einschränkung der Leistungsfähigkeit, sondern liess die entsprechenden Felder leer (IV-act. 250-1 ff.). IV-Ärztin Dr. I.\_\_\_\_ nahm am 13. April 2017 dazu Stellung, von den Kardiologen werde bestätigt, dass die berufliche Tätigkeit wieder aufgenommen werden könne. Aus kardiologischer Sicht sei es durch den NSTEMI zwar zu einer vorübergehenden Verschlechterung des Gesundheitszustandes gekommen, doch sei bereits nach Austritt aus dem KSSG die



Arbeitsfähigkeit (in kardial angepasster Tätigkeit) wieder gegeben gewesen. Anlässlich der Nachkontrolle einen Monat später sei der Versicherte in seinen Alltagsaktivitäten nicht eingeschränkt gewesen. Somatischerseits sei somit auch aktuell wieder der Zustand wie anlässlich der Verfügung von 2015 erreicht (IV-act. 257). Diesen Ausführungen ist in Anbetracht dessen, das kardiologischerseits nie - auch im späteren Verlauf des Verfahrens - eine längerdauernde Arbeitsunfähigkeit bestätigt wurde, zu folgen. Dass aus kardiologischer Sicht wohl eine Einschränkung auf leichte bis mittelschwere körperliche Tätigkeiten besteht (vgl. Gutachten Dr.med. B.\_\_\_\_, Arzt Kardiologie KSSG, IV-act. 103), ist invalidenversicherungsrechtlich insoweit nicht massgebend, als die Aufnahme einer solchen grundsätzlich zumutbar ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 3. Mai 2016, 9C\_644/2015, E. 4.3.1). Ebenfalls als zumutbar betrachtet werden muss dem Beschwerdeführer die Durchführung der von den Kardiologen empfohlenen ambulanten Reha sowie eine konsequente medikamentöse und diätische Behandlung und Kontrolle. Die ambulante Reha hatte der Beschwerdeführer abgelehnt, jedoch ist er aufgrund der allgemein geltenden Schadenminderungspflicht gehalten, von sich aus alles zu unternehmen, um seinen Gesundheitszustand sowie seine Arbeitsfähigkeit zu verbessern bzw. zu erhalten (zu den empfohlenen Therapiemassnahmen vgl. IV-act. 250-7).

#### 4.

**4.1** Med.pract. C.\_\_\_\_ kam im psychiatrischen Verlaufsgutachten vom 19. Januar 2015 aufgrund der Anamnese und des psychopathologischen Befundes zum Schluss, aus psychiatrischer Sicht bestünden keine Einschränkungen der Arbeits- und Leistungsfähigkeit mehr. Es sei anzunehmen, dass es zu einer spontanen Remission der depressiven Symptome gekommen sei, zumal der Beschwerdeführer eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung nicht oder nur sehr kurzfristig wahrgenommen habe (IV-act. 171-20). Sie grenzte die psychosozialen Belastungsfaktoren ab (Migrationshintergrund mit ungewisser Verlängerung der Aufenthaltsbewilligung, kein erlernter Beruf, Arbeitsplatzverlust, eher geringere Chancen auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt, schwankender beruflicher Ehrgeiz bei eigenwilligem subjektivem Krankheitskonzept, finanzielle Probleme, ambivalenter Rentenwunsch, vgl. IV-act. 171-20 f.). Bereits im Erstgutachten hatte sie festgehalten, diese würden den Verlauf der psychischen Störung beeinflussen (IV-act. 108-19). Die



beim Beschwerdeführer vorliegenden akzentuierten Persönlichkeitszüge hätten keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Es liessen sich viele und ausbaufähige Ressourcen in Form von guten kognitiven Fähigkeiten einschliesslich einer guten Konzentration und Aufmerksamkeit, einer guten Auffassungsgabe und eines zielgerichteten, strukturierten Handelns ohne Antriebsstörung zum Erreichen der eigenen Ziele feststellen (IV-act. 171-19). Die Gutachterin würdigte ausführlich die Konsistenz der Angaben des Beschwerdeführers. Das von ihm beschriebene Funktionsniveau mit uneingeschränktem eigenständigem Autofahren, Ferien im Ausland und der Wahrnehmung und Vertretung eigener Interessen und Bedürfnisse zeuge von einem recht guten sozialen Funktionsniveau. Die von der behandelnden med.pract. Breu attestierte Arbeitsunfähigkeit von 100 % lasse sich nicht nachvollziehen, zumal die Ärztin bei ihrer diagnostischen Einschätzung, der Beschreibung der psychischen Einschränkungen und der Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit auf die subjektiven Beschwerden und Klagen des Beschwerdeführers abgestellt habe (IV-act. 171-20, vgl. auch S. 17 ff.). Die Angaben zu den Beschwerden und zur sozialen Anamnese seien inkonsistent und widersprüchlich bzw. nur teilweise mit der Aktenlage vereinbar (IV-act. 171-19 f., 27). Es sei ein externer Anreiz nachgewiesen und die negativen Antwortverzerrungen (Inkonsistenzen) könnten nicht durch Pathologien oder Entwicklungsstörungen erklärt werden (IV-act. 171-25).

**4.2** Das psychiatrische Verlaufsgutachten wurde als beweiskräftig beurteilt (Stellungnahme Dr. I. \_\_\_ vom 3. Februar 2015) und die abweisende Verfügung vom 3. Juni 2015 (IV-act. 181) wurde darauf gestützt. Da es sich zu Einschränkungen, Ressourcen und zur Konsistenz umfassend äussert, genügt es auch den Anforderungen des mittlerweile auch für depressive und andere psychische Erkrankungen anwendbaren strukturierten Beweisverfahrens (vgl. BGE 143 V 409, 418). Die volle Arbeitsfähigkeit wurde nicht aufgrund der vermuteten Therapierbarkeit der Depression attestiert, jedoch hat die Gutachterin die Tatsache, dass mögliche Therapieoptionen nicht ausgeschöpft wurden, berücksichtigt (vgl. dazu insbesondere auch das psychiatrische Erstgutachten, IV-act. 108-19). Da das Gutachten allerdings den im vorliegenden Verfahren nicht mehr relevanten Zeitrahmen vor der abweisenden Verfügung vom 3. Juni 2015 betrifft, ist im Folgenden zu prüfen, ob sich aufgrund der späteren medizinischen Akten Hinweise auf seit der Verlaufsbeurteilung eingetretene Veränderungen des psychischen Gesundheitszustandes ergeben.



**4.3** Vom 17. November bis 18. Dezember 2015 wurde der Beschwerdeführer stationär in der psychiatrischen Klinik D.\_\_\_\_ behandelt. Die Zuweisung erfolgte wegen deutlicher Überforderung mit der Lebenssituation, Arbeitsplatzverlust und finanziellen Problemen. Es wurde eine depressive Störung mit gegenwärtig schwerer Episode diagnostiziert. Bei Eintritt wurden eine leicht reduzierte Gedächtnisfunktion und Konzentration erhoben. Das formale Denken war eingeeengt auf das Thema Finanzen. Der Beschwerdeführer äusserte Schuldgefühle und war leicht verlangsamt. Im Affekt war er depressiv, hoffnungslos, innerlich unruhig, vermindert schwingungsfähig. Der Antrieb war reduziert. Bei Austritt wurde festgehalten, die Symptomatik habe sich im Verlauf stabilisiert. Es bestünden keine Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörung mehr. Im Affekt seien leichte Insuffizienzgefühle und (wohl: reduzierte) Selbstwertgefühle vorhanden. Der Beschwerdeführer sei schwingungsfähig und der Antrieb regelrecht. Er habe von der Tätigkeit in der Industrie in den K.\_\_\_\_ sowie von der Unterstützung eines Sozialarbeiters profitiert. Es seien eine Anmeldung beim Sozialamt sowie eine Überweisung ins Ambulatorium L.\_\_\_\_ zur sozialpsychiatrischen Unterstützung erfolgt. Aus psychiatrischer Sicht wurde eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit attestiert und festgehalten, der Beschwerdeführer werde weiterhin im Ambulatorium sozialpsychiatrisch betreut (Austrittsbericht Psychiatrische Klinik D.\_\_\_\_ vom 5. Januar 2015, IV-act. 222). Eine eigentliche psychotherapeutische oder psychopharmazeutische Intervention bzw. Intensivierung der Behandlung - die bei einer schweren depressiven Episode zu erwarten wäre - wird im Bericht nicht erwähnt. Auch bringt er zum Ausdruck, dass von einem invalidenversicherungsrechtlich relevanten Gesundheitsschaden abzugrenzende psychosoziale Belastungsfaktoren bei der Symptomatik eine wesentliche Rolle spielen und bestätigt insoweit die Ausführungen von med.pract. C.\_\_\_\_. Bevor der Beschwerdeführer am 31. März 2016 seinen zweiten Herzinfarkt erlitt, war offenbar ein weiterer Aufenthalt in der Psychiatrischen Klinik D.\_\_\_\_ angedacht gewesen (Bericht Dr. E.\_\_\_\_ vom 30. Mai 2016, IV-act. 206; Berichte Dr. G.\_\_\_\_ vom 18. August 2016 und 5. April 2017, IV-act. 224-6 und IV-act. 256-2 ff.). Eine zweite stationäre Behandlung in der psychiatrischen Klinik D.\_\_\_\_ erfolgte jedoch erst vom 16. Oktober bis 19. Dezember 2018 (act. G 16.1) und damit nach dem für die vorliegende Beurteilung relevanten Zeitraum. Dr. G.\_\_\_\_ diagnostizierte 2016 zusätzlich zur depressiven Erkrankung eine andauernde Persönlichkeitsveränderung nach psychischer Erkrankung (ICD-10: F62.1), ohne jedoch



die entsprechenden Diagnosekriterien aus dem Befund herzuleiten. Er beschrieb in seinen Berichten vom 18. August 2016 (IV-act. 224) und vom 5. April 2017 (IV-act. 256) eine ausgeprägt reduzierte psychische Belastbarkeit, eine ausgeprägt eingeschränkte körperliche und geistige Durchhaltefähigkeit, eine eingeschränkte geistige Flexibilität, eine schwere Selbstwertproblematik, schwere Störungen der sozialen Interaktionen, Antriebsstörungen und eine verlangsamte Psychosomatik bzw. ein ungepflegtes Erscheinungsbild, ausgeprägte Antriebsstörungen, körperliche und geistige Erschöpfung sowie Konzentrationsstörungen und bescheinigte jeweils eine 100 %ige Arbeitsunfähigkeit (IV-act. 224-3 f.; IV-act. 256-4). Im August 2016 war der Beschwerdeführer in tagesklinischer Behandlung im Psychiatriezentrum L.\_\_\_\_, zu deren Art und Dauer der behandelnde Psychiater im Übrigen keine Angaben macht (IV-act. 224-3), und im April 2017 fand eine Gesprächspsychotherapie nach Bedarf statt sowie eine Psychopharmakotherapie, wobei aufgrund der koronaren Herzkrankheit auf höhere Dosen der Medikamente verzichtet wurde (IV-act. 256-4).

**4.4** Die von Dr. G.\_\_\_\_ seit Behandlungsbeginn am 6. Juni 2015 attestierte 100%-ige Arbeitsunfähigkeit erscheint aufgrund des Berichts der psychiatrischen Klinik D.\_\_\_\_ vom 5. Januar 2016 (IV-act. 222) nicht nachvollziehbar. Sie ist nicht kohärent zur stattfindenden Behandlung, insbesondere zur lediglich gelegentlichen psychotherapeutischen Behandlung. Auch wenn die psychopharmazeutische Behandelbarkeit aufgrund der koronaren Gefässerkrankung eingeschränkt sein mag, ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer die therapeutischen Möglichkeiten nach wie vor nicht ausschöpft. Dies legt nahe, dass Dr. G.\_\_\_\_ bei seiner Einschätzung die invalidenversicherungsrechtlich nicht beachtlichen Auswirkungen der immer noch bestehenden psychosozialen Belastungsfaktoren (allem voran die anhaltende schwierige finanzielle Situation) mitberücksichtigte. Auch setzte er sich nicht mit der Konsistenz der Schilderungen des Beschwerdeführers auseinander. In diesem Zusammenhang erscheint aufgrund der Akten des Migrationsamtes (drohender Verlust des Aufenthaltsrechts in der Schweiz bei anhaltender erheblicher Verschuldung) ein mitwirkender motivationaler Anreiz des Beschwerdeführers plausibel und verständlich, sich nicht weiter verschulden zu müssen, der indes nicht isoliert betrachtet werden darf und von psychiatrischer Seite denn auch nicht besonders hervorgehoben wird. Dr. I.\_\_\_\_ ist insgesamt beizupflichten, dass sich den Berichten von Dr. G.\_\_\_\_ vom 18. August 2016 und vom 5. April 2017 keine Hinweise darauf entnehmen lassen, dass



sich der psychische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der Hospitalisation in der Psychiatrischen Klinik D.\_\_\_\_ in invalidenversicherungsrechtlich massgeblicher Weise verschlechtert habe (vgl. IV-act. 257). Daher durfte die Beschwerdegegnerin ohne weitere Abklärungen aus psychiatrischer Sicht eine 100 %ige Arbeitsfähigkeit annehmen.

### 5.

Zusammenfassend liegt beim Beschwerdeführer sowohl aus kardiologischer als auch aus psychiatrischer Sicht seit der zweiten IV-Anmeldung vom 15. Juni 2016 bis zum Erlass der Verfügung am 29. August 2017 keine längerdauernde bleibende Arbeitsunfähigkeit und damit keine relevante bleibende Verschlechterung des Gesundheitszustandes gegenüber der früheren ablehnenden Verfügung vom 3. Juni 2015 vor. Eine erneute Verschlechterung des Gesundheitszustandes bzw. deren Glaubhaftmachung aufgrund eines erneuten Herzinfarktes im Mai 2018 wurde mit der Wiederanmeldung vom 12. Juni 2018 (IV-act. 292 [Verfahren IV 2018/324]) geltend gemacht und von der Beschwerdegegnerin mit einer Nichteintretensverfügung vom 24. August 2018 (IV-act. 303 [Verfahren IV 2018/324]) bereits wieder abgeschlossen. Darüber ist im dagegen eingeleiteten Beschwerdeverfahren - welches nach Rechtskraft des vorliegenden Entscheides fortgesetzt werden kann - zu entscheiden.

### 6.

**6.1** Nach dem Gesagten ist die Beschwerde abzuweisen.

**6.2** 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 vollumfänglich aufzuerlegen. Zuzufolge unentgeltlicher Rechtspflege ist er von der Bezahlung zu befreien.

**6.3** Der Staat bezahlt zuzufolge unentgeltlicher Rechtsverteidigung die Kosten der Rechtsvertretung des Beschwerdeführers. Die Parteientschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der



## St.Galler Gerichte

Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG). In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b HonO pauschal Fr. 1'500.-- bis Fr. 15'000.--. Die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers hat keine Kostennote eingereicht. In der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit erscheint mit Blick auf vergleichbare Fälle eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- angemessen. Diese ist um einen Fünftel zu kürzen (Art. 31 Abs. 3 des Anwaltsgesetzes, sGS 963.70). Somit hat der Staat die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers pauschal mit Fr. 2'800.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen.

**6.4** Eine Partei, der die unentgeltliche Rechtspflege gewährt wurde, ist zur Nachzahlung verpflichtet, sobald sie dazu in der Lage ist (Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung [ZPO; SR 272] i.V.m. Art. 99 Abs. 2 des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege [VRP; sGS 951.1]).

### Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

**1.**

Die Beschwerde wird abgewiesen.

**2.**

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

**3.**

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