



**Fall-Nr.:** IV 2017/69  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 06.05.2020  
**Entscheiddatum:** 21.02.2019

### **Entscheid Versicherungsgericht, 21.02.2019**

**Art. 7 ATSG; Art. 8 ATSG, Art. 28 IVG: Der Beschwerdeführer erlitt aufgrund eines Unfalls verschiedene Verletzungen. Nachdem er aus somatischer Sicht wieder (teilweise) arbeitsfähig war, scheiterte die vorgesehene Eingliederung aus psychischen Gründen. Im unfallversicherungsrechtlichen Parallelverfahren wurde ein psychiatrisches Gerichtsgutachten erstellt. Dieses ist auch für das invalidenversicherungsrechtliche Verfahren massgebend und attestiert dem Beschwerdeführer eine 100 %ige Arbeitsunfähigkeit (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 21. Februar 2019, IV 2017/69).**

#### **Entscheid vom 21. Februar 2019**

Besetzung

Versicherungsrichterinnen Marie-Theres Rüegg Haltinner (Vorsitz),

Marie Löhner und Michaela Machleidt Lehmann; Gerichtsschreiberin Beatrix Zahner

Geschäftsnr.

IV 2017/69

Parteien

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

**Beschwerdeführer,**

vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. Urs Glaus, Marktplatz 4,



## St.Galler Gerichte

Postfach 646, 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 28. Februar 2009 wegen seit dem 12. Februar 2008 bestehender gesundheitlicher Beeinträchtigung bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (IV-act. 1). Der Versicherte war an diesem Tag bei einem Gleitschirm-Tandemflug in B.\_\_\_\_ verunfallt, als der Gleitschirm in eine ungünstige Luftströmung geriet und wiederholt gegen eine Felswand geschleudert wurde, wobei der Versicherte direkt an der Wand aufprallte und abstürzte (Schadenmeldung UVG vom 18. Februar 2008, UV-act. 2-2 f.). Der Versicherte erlitt dabei ein einfaches Schädel-Hirntrauma sowie Frakturen am linken Oberschenkel (interkondyläre distale Trümmerfraktur des Femurs), am linken Knöchel (Pilonfraktur des linken Knöchels mit Abriss des Retinaculum peronaeorum und vormaliger Luxation der Peronaeussehnen) und am linken Daumen (Bennettfraktur) sowie eine Verletzung am rechten Knöchel (Luxation der Peronaeussehnen mit Riss des Retinaculum). Die operative Versorgung der Verletzungen erfolgte zunächst im Spital C.\_\_\_\_ und dann im Universitätsspital D.\_\_\_\_ (Berichte Spital C.\_\_\_\_ vom 12. und 25. Februar 2008, UV-act. 2-28 ff.; Bericht Universitätsspital D.\_\_\_\_, Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 28. Februar 2008, UV-act. 2-23 ff.).

A.b Am 17. Dezember 2008 wurde aufgrund einer Varusfehlstellung und einer Pseudoarthrose eine erneute Operation am linken Oberschenkel durchgeführt



## St.Galler Gerichte

(Achsenkorrektur, Dekortikation, Spongiosaplastik und Valgisationsosteotomie, vgl. Berichte von Dr.med. E.\_\_\_\_, Spezialarzt Orthopädische Chirurgie FMH, vom 23. Januar, 6. Februar und 29. April 2009, UV-act. 3-4 f. und IV-act. 20; vgl. auch RAD-Stellungnahme vom 27. April 2009, IV-act. 16). Am 10. Juni 2009 entfernte Dr. E.\_\_\_\_ das Osteosynthesematerial am linken (Innen-)Knöchel (Operationsbericht, UV-act. 6-62 f.; Stellungnahme des RAD-Arztes Dr.med. F.\_\_\_\_, Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, vom 6. Oktober 2009, IV-act. 31).

A.c Dr. med. G.\_\_\_\_, Orthopädie H.\_\_\_\_, führte gestützt auf eine Röntgenuntersuchung vom 15. September 2009 der Klinik I.\_\_\_\_ (IV-act. 30-1) im Bericht vom 29. September 2009 aus, der Versicherte habe schon jetzt ausgeprägte Arthrosen an beiden oberen Sprunggelenken (OSG) und zusätzlich eine Rhizarthrose links. Wegen der starken Schmerzen an beiden OSG sei ihm ein im Stehen auszuübender Beruf wie die bisherige Tätigkeit als Koch nicht mehr zumutbar. Es sei mit einer baldigen weiteren Zunahme der Arthrose in den Sprunggelenken zu rechnen. Auch eine nur teilweise Arbeitsfähigkeit als Koch werde nicht mehr erreicht. Es sollte eine berufliche Abklärung der IV in die Wege geleitet werden (IV-act. 29).

A.d Dr. med. J.\_\_\_\_ und Dr.med. K.\_\_\_\_, beide Fachärzte Orthopädie H.\_\_\_\_, äusserten sich in ihrem Bericht vom 9. Oktober 2009 zum aktuellen Gesundheitszustand und zu allfällig weiteren notwendigen Heilbehandlungen (IV-act. 32). Dr. K.\_\_\_\_ nahm am 16. Oktober 2009 wegen einer Malunion nach Metacarpale I Fraktur links eine Metallentfernung und Korrekturosteotomie vor (Bericht vom 2. Juli 2010, IV-act. 48; Operationsbericht UV-act. 6-55). Die IV-Stelle teilte dem Versicherten am 26. Oktober 2009 mit, zurzeit seien keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen möglich (IV-act. 34).

A.e RAD-Arzt Dr. F.\_\_\_\_ hielt in einer Stellungnahme vom 22. Oktober 2009 fest, der Versicherte sei seit seinem Unfall in jeglicher Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig. Es bestehe ein instabiler Gesundheitszustand und kein Eingliederungspotential (IV-act. 33).

A.f Im Auftrag der IV-Stelle wurde der Versicherte am 30. September 2010 durch Dr.med. L.\_\_\_\_, Orthopädische Chirurgie FMH, begutachtet. Der Experte diagnostizierte



## St.Galler Gerichte

eine Coxarthrose links, eine verheilte metaphysäre Trümmerfraktur Femur links nach Korrekturosteotomie und Spongiosaplastik, eine beginnende Gonarthrose, Poplitealzyste, eine OSG-Arthrose links nach verheilter Fraktur und Peronealsehnenluxation, eine OSG-Arthrose rechts nach Peronealsehnenluxation sowie eine verheilte Metacarpale I-Fraktur links nach Korrekturosteotomie, Rhizarthrose. An beiden Sprunggelenken und der Fusswurzel links hätten sich degenerative Veränderungen entwickelt, welche die Gehleistung einschränkten. Die Hauptbeschwerden gingen von einer linksseitigen Coxarthrose aus, wo die Indikation zur Implantation einer Totalprothese gegeben sei. Die noch anstehenden Behandlungen erschwerten eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit, da kein stabiler Gesundheitszustand vorliege. Sei einmal das linke Hüftgelenk ersetzt, würden die Beschwerden von Seiten der Sprunggelenke limitierend sein und weiterhin die Steh- und Gehfähigkeit einschränken. Der Versicherte absolviere zurzeit einen Arbeitsversuch in einem zeitlichen Pensum von 50 % in Form eines halben Tages. Er sei Zudiener in einer grossen Küche, könne aber aufgrund des aktuellen Zustandes nicht alle Arbeiten ausführen und dürfte eine Leistung von 35 % (von 100 % ganztags) erbringen. Bei einer allfälligen Umschulung würden aus orthopädischer Sicht Ganztageskurse nicht toleriert. Die Einschränkungen durch den Bewegungsapparat würden langfristig zunehmen, und es müsse eine vorwiegend sitzende Tätigkeit angestrebt werden (Gutachten vom 1. Oktober 2010, IV-act. 56). Dem Versicherten wurde am 3. Dezember 2010 das Osteosynthesematerial am linken Oberschenkel entfernt (Operationsbericht Dr. E.\_\_\_\_, IV-act. 63-2) und am 25. März 2011 links eine Hüftgelenktotalprothese eingesetzt (Operationsbericht Dr. E.\_\_\_\_, UV-act. 4-2; RAD-Stellungnahme vom 23. Mai 2011, IV-act. 72).

A.g Die IV-Stelle sprach dem Versicherten am 6. Juni 2011 Berufsberatung zu (IV-act. 73) und delegierte die Erledigung dieses Auftrags am 17. Juni 2011 an die IV-Stelle des Kantons Genf, da der Versicherte nach M.\_\_\_\_ umgezogen war (IV-act. 74 und 75). Diese sprach dem Versicherten eine berufliche Abklärung bei den Etablissements publics pour l'intégration (EPI) vom 26. September 2011 bis insgesamt 4. März 2012 zu (Mitteilungen vom 26. September 2011, IV-act. 87, vom 15. Dezember 2011, IV-act. 93, und vom 20. Februar 2012, IV-act. 97). Die Institution berichtete, beim Versicherten habe nach zwei Wochen Praktikum als sozialpädagogischer Werkstattleiter Küche festgestellt werden müssen, dass diese Tätigkeit dessen Einschränkungen nicht



## St.Galler Gerichte

angepasst sei. In dieser Funktion müsste der Versicherte den Küchenchef während vier Stunden ersetzen können, was seine Möglichkeiten übersteige. Er habe eine sehr gute soziale und zwischenmenschliche Eignung gezeigt und möchte eine angepasste Tätigkeit finden, die den menschlichen Kontakt erlaube (Eingliederungsbericht vom 15. Dezember 2011, IV-act. 92). Der Versicherte absolvierte anschliessend bei den EPI ein Praktikum als Fachmann Betreuung im Bereich der Betreuung von Menschen mit geistiger und psychischer Behinderung, wobei gemäss Eingliederungsbericht vom 20. Februar 2012 (IV-act. 96) zumindest in dieser Art Werkstätte mit Tagesbetreuung nur wenig körperliche Einschränkungen bestünden. Der Versicherte habe eine sehr gute Eignung für diesen Beruf gezeigt. Die Tätigkeit sei körperlich klar fordernder gewesen, sei aber als erträglich bezeichnet worden, weil es sich um punktuelle körperliche Anstrengungen handle (undatiertes Eingliederungsbericht, IV-act. 99; vgl. auch Berichte der EPI vom 29. März 2012, IV-act. 105). Mit Mitteilung vom 29. August 2012 wurde dem Versicherten Kostengutsprache für die Ausbildung zum Fachmann Betreuung bei den EPI für die Dauer vom 27. August 2012 bis 31. August 2014 erteilt (IV-act. 112; Lehrvertrag vom 4. Juli 2012, IV-act. 110-1 f.).

A.h Dr.med. N.\_\_\_\_, Spezialärztin Innere Medizin FMH, hielt in Berichten vom 13. März 2013 (IV-act. 115) und vom 19. April 2013 (IV-act. 117-2 ff.) im Wesentlichen fest, der Versicherte habe sie am 25. Februar 2013 notfallmässig konsultiert. Er schaffe es nicht mehr, seine Arbeit (mit unterbrochenen Arbeitszeiten von 07.30-11.30 und von 16.00 bis 22.00 Uhr) und Kurse zu bewältigen. Er leide unter physischer und psychischer Erschöpfung, Konzentrations- und Merkfähigkeitsproblemen, Minderwertigkeitsgefühl, Pessimismus hinsichtlich der Zukunft, Gelenkschmerzen in beiden Knöcheln und Knien und im rechten Daumen sowie Schwierigkeiten mit der Feinmotorik der rechten Hand. Als Fachmann Betreuung in Ausbildung sei die Leistungsfähigkeit vom 26. Februar bis 21. April 2013 zu 100 % und seit 22. April 2013 zu 50 % eingeschränkt.

A.i Dr.med. O.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, diagnostizierte gemäss Arztbericht vom 16. August 2013 eine rezidivierende depressive Störung, aktuell mittelgradige Episode (ICD-10: F33.11). Der Versicherte sei seit 3. Mai 2013 in seiner Behandlung. Aus psychiatrischer Sicht bestünden Einschränkungen der Konzentration, Ermüdbarkeit und Stressanfälligkeit. Der Eingliederungsversuch sei gescheitert und habe zu einer manifesten Verschlechterung der depressiven Episode mit kompletter



Arbeitsunfähigkeit vom 26. Februar bis 22. April 2013 und psychiatrischer Behandlung ab 3. Mai 2013 geführt. In einer nicht qualifizierten Arbeit betrage die Arbeitsfähigkeit aktuell 50 %, wahrscheinlich definitiv. Es bestehe das Risiko einer (weiteren) Verschlechterung mit erneuter Abnahme der Arbeitsfähigkeit (IV-act. 119). Im Verlaufsbericht vom 18. Dezember 2013 führte Dr. O.\_\_\_\_ aus, die Behandlung erfolge unregelmässig. Eine definitive Steigerung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit sei unwahrscheinlich. Eine intensivere psychiatrische Behandlung würde den psychischen Zustand verbessern, wahrscheinlich aber nicht zu einer höheren Arbeitsfähigkeit führen (IV-act. 130).

A.j Die berufliche Eingliederungsmassnahme (Ausbildung zum Fachmann Betreuung [assistant socio-éducatif]) wurde auf Ende August 2013 abgebrochen. Weitere berufliche Massnahmen wurden als nicht angezeigt betrachtet (Eingliederungsbericht vom 3. September 2013, IV-act. 124)

A.k Dr.med. P.\_\_\_\_, Spezialärztin Rheumatologie und Innere Medizin, welche den Versicherten seit dem 7. März 2014 behandelte, diagnostizierte eine gichtige Arthritis mit entsprechenden Beschwerden in den Handgelenken. Ein Zusammenhang dieser Beschwerden mit dem Unfall vom Februar 2008 bestehe nach ihrer Auffassung nicht (Bericht vom 31. Oktober 2014, IV-act. 161-2).

A.l Dr. O.\_\_\_\_ attestierte am 22. Mai 2015 eine 70 %ige Arbeitsunfähigkeit in unqualifizierter Arbeit vom 22. Mai bis und mit 30. Juni 2015, welche wahrscheinlich definitiv sei (IV-act. 167).

A.m Im Auftrag der Unfallversicherung wurde der Versicherte in der Klinik Q.\_\_\_\_ polydisziplinär begutachtet (Gutachten vom 30. September 2015, UV-act. 10-13 ff.; Untersuchungen vom 2. und 13. Juni und 20. Juli 2015; Dr.med. R.\_\_\_\_, Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates; Dr.med. S.\_\_\_\_, Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, med.prakt. T.\_\_\_\_, Neurochirurgie; Dr.med. U.\_\_\_\_, Psychiatrie). Die Gutachter kamen zum Schluss, aufgrund der Kniearthrose im Tibiofemoral- und Femoropatellargelenk links und der Knöchelarthrose im Tibiotalargelenk links und rechts und Talonaviculargelenk links sowie der Implantation einer Hüftgelenktotalprothese links im März 2011 bestehe seit



## St.Galler Gerichte

12. Februar 2008 eine 100 %ige Arbeitsunfähigkeit als Koch. In angepasster Tätigkeit bzw. als Fachmann Betreuung sei die Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Fraktur des Femur links bis zum 21. April 2010 100 % und ab dem 22. April 2010 0 %. Eine befristete Arbeitsunfähigkeit von 100 % sei weiter gerechtfertigt als Folge der Arthroplastie der linken Hüfte vom 25. März bis 25. Juni 2011. Danach sei die Arbeitsunfähigkeit wiederum 0 % (UV-act. 10-304 ff.). Der psychiatrische Gutachter diagnostizierte psychische Störungen und Verhaltensstörungen durch Alkohol, Abhängigkeitssyndrom (ICD-10: F10.24; UV-act. 10-267). Insgesamt sei festzuhalten, dass keine psychiatrische Diagnose gestellt werden könne, weil das Syndrom der Alkoholabhängigkeit dominiere. Aus psychiatrischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (UV-act. 10-289, 300 f.).

A.n Am 14. Oktober 2015 wurde sodann beim Versicherten im Universitätsspital D.\_\_\_, Neurochirurgie, eine postero-laterale Fixation L4-S1 mit Fusion mit L5-S1 vorgenommen, nachdem dieser an einer sich seit Frühjahr 2015 verstärkenden Lumbalgie gelitten hatte (IV-act.179-6 ff., IV-act. 181-2).

A.o Mit Vorbescheid vom 15. März 2016 stellte die IV-Stelle des Kantons St. Gallen dem Versicherten die Abweisung des Rentengesuchs in Aussicht. Er sei seit 1. Juni 2011 als Fachmann Betreuung und in anderen adaptierten Tätigkeiten voll arbeitsfähig (IV-act. 185). Dagegen liess der Versicherte am 20. April 2016 Einwand erheben (IV-act. 186-1 ff.) und am 16. Dezember 2016 ein psychiatrisches Privatgutachten von Dr.med. V.\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 9. Mai 2016 (IV-act. 214) einreichen (IV-act. 213).

A.p Dr. V.\_\_\_ diagnostizierte eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1), sowie Persönlichkeitszüge nach Extrembelastung (ICD-10: F62.0). Der Versicherte sei seit dem Gleitschirmunfall 2008 nicht fähig, eine Arbeit in einem nicht geschützten Rahmen zu verrichten. Er habe kein Syndrom einer Alkoholabhängigkeit festgestellt, obwohl der Versicherte eine Periode des Alkoholkonsums im Jahre 2013 beschreibe. Diese entspreche einer Verschlimmerung seiner psychischen Probleme und sei deren direkte Folge (IV-act. 214).



A.q RAD-Arzt Dr.med. W.\_\_\_, Facharzt für Prävention und Gesundheitswesen, nahm am 16. Januar 2017 Stellung, der von Dr. V.\_\_\_ erhobene psychopathologische Befund sei vollkommen unauffällig. Die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradig, sei nicht nachvollziehbar. Dr. V.\_\_\_ diagnostiziere sodann keine Persönlichkeitsstörung, sondern erwähne rigide und unangemessene Persönlichkeitszüge sowie eine feindselige und misstrauische Einstellung gegenüber jedermann. Diese beruhe lediglich auf den subjektiven Angaben des Versicherten und spiegle sich nicht in den objektiven Befunden. Es bestehe versicherungsmedizinisch kein Grund, von der bisherigen Einschätzung abzuweichen (IV-act. 216).

A.r Mit Verfügung vom 17. Januar 2017 verneinte die IV-Stelle unter Verweis auf die RAD-Stellungnahme vom 16. Januar 2017 einen Rentenanspruch des Versicherten. Die spezialärztlichen Abklärungen hätten ergeben, dass dem Versicherten sowohl die Tätigkeit als Fachmann Betreuung als auch andere adaptierte, vorwiegend sitzende Tätigkeiten in Wechselposition (mit wenig Stehen oder Gehen, ohne Knien, mit seltenem Gehen auf unebenen oder glitschigen Böden, ohne Treppen-/Leiternsteigen, ohne Anforderungen an die Fasskraft der linken, adominanten Hand, mit Gewichtsbelastungen bis max. 10 kg) seit 1. Juni 2011 in vollzeitlichem Rahmen zumutbar seien. Die invaliditätsbedingte Erwerbseinbusse betrage 18 %, weshalb kein Rentenanspruch bestehe (IV-act. 217).

B.

B.a Gegen die Verfügung vom 17. Januar 2017 lässt A.\_\_\_, vertreten durch Rechtsanwalt Dr.iur. U. Glaus, am 10. Februar 2017 Beschwerde erheben. Er beantragt, die angefochtene Verfügung unter Kosten- und Entschädigungsfolge aufzuheben und die Angelegenheit zu neuer Beurteilung an die IV-Stelle zurückzuweisen. Für die Annahme eines übermässigen Alkoholkonsums des Beschwerdeführers vor dem Unfall bzw. lange Zeit vor der Blutuntersuchung fehle im Gutachten von Dr. U.\_\_\_ eine nachvollziehbare nähere Begründung. Der Gutachter stütze sich in diesem Zusammenhang auf Vermutungen und Hypothesen, die in keiner Weise belegt seien. Abgesehen von den erhobenen Blutwerten im Frühsommer 2015 und von einer Phase mit einem Alkoholproblem Mitte 2013 lägen keine Nachweise für einen Alkoholabusus vor. Dr. U.\_\_\_ fokussiere die Arbeitsfähigkeitsschätzung



ausschliesslich auf den Alkoholabusus, ohne andere psychiatrische Diagnosen zu prüfen und psychische Erkrankungen aufgrund eigener Untersuchungen ausschliessen zu können. Eine inhaltliche Auseinandersetzung mit den Diagnosen von Dr. O.\_\_\_\_ und Dr. N.\_\_\_\_ sei nicht erfolgt. Das Gutachten sei bezüglich der psychiatrischen Problematik des Beschwerdeführers nicht verwertbar. Selbst wenn der Beurteilung von Dr. U.\_\_\_\_ gefolgt würde, wäre eine Alkoholabhängigkeit nicht rentenausschliessend. Denn eine Sucht, die eine Krankheit bilde oder selber Folge eines Gesundheitsschadens sei, habe eine IV-rechtliche Relevanz. Da die angefochtene Verfügung somit nicht die gesamte, einschliesslich psychiatrisch begründete Arbeitsunfähigkeit berücksichtige, sei sie jedenfalls aufzuheben. Die angestrebte Ausbildung sei infolge des Erschöpfungszustandes abgebrochen worden, der Folge des Unfalles sei. Selbst wenn der Beschwerdeführer während einer gewissen Zeit nach dem Unfall phasenweise übermässig Alkohol konsumiert hätte, was allerdings weder bezüglich der Dauer noch der Menge ausreichend belegt sei, wäre dies als Folge des Unfalls vom 12. Februar 2008 anzusehen. Die Beschwerdegegnerin hätte zur Behebung der aufgezeigten Widersprüche weitere Abklärungen erheben müssen. Allenfalls wäre eine neue psychiatrische Begutachtung anzuordnen gewesen. Für die Ermittlung des Invalideneinkommens sei auf ein Invalideneinkommen aus unqualifizierter Hilfsarbeit zu einem erheblich reduzierten Prozentsatz abzustellen, der gemäss Dr. L.\_\_\_\_ bei ca. 35 % liegen dürfte (act. G 1).

B.b Mit Beschwerdeantwort vom 29. Juni 2017 beantragt die Beschwerdegegnerin, die Beschwerde sei abzuweisen. Das polydisziplinäre Gutachten der Klinik Q.\_\_\_\_ vom 30. September 2015 entspreche den Anforderungen der Rechtsprechung und es könne darauf abgestellt werden. Es seien sowohl unfallbedingte als auch unfallfremde Leiden berücksichtigt worden. Der psychiatrische Gutachter habe sich mit den Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, und einer Anpassungsstörung ausführlich auseinandergesetzt und sei zum Schluss gekommen, dass keine depressive Symptomatik vorliege. Gemäss Stellungnahme von RAD-Arzt Dr. W.\_\_\_\_ sei der von Dr. V.\_\_\_\_ beschriebene psychopathologische Befund vollkommen unauffällig und es sei nicht nachvollziehbar, worauf die gestellte Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradig, gründe. Die vom Beschwerdeführer behauptete Diagnose einer Persönlichkeitsstörung sei gemäss RAD-Stellungnahme vom 16. Januar 2017 nicht gestellt worden und wäre nicht



## St.Galler Gerichte

nachvollziehbar (act. G 8). Der Beschwerdeantwort beigelegt ist die RAD-Stellungnahme vom 26. Juni 2017, wonach seit der Begutachtung keine neuen relevanten medizinischen Erkenntnisse bekannt geworden seien. Der gemäss Bericht des Universitätsspitals D.\_\_\_\_ vom 28. November 2016 (IV-act. 223) geplante Eingriff am rechten Fussgelenk werde - unabhängig davon, ob es sich um ein künstliches Fussgelenk oder um einen athroskopischen Eingriff handle - postoperativ nur zu einer vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit führen (act. G 8.3).

B.c Mit Replik vom 20. September 2017 macht der Beschwerdeführer erneut geltend, Dr. U.\_\_\_\_ habe lediglich aufgrund von Vermutungen auf einen lange vor dem Unfall bestehenden Alkoholabusus geschlossen. Die im Jahre 2013 berichteten Alkoholprobleme stünden jedoch in direktem Zusammenhang mit den psychischen Folgen des Unfalles, den Schmerzen als Folge der multiplen physischen Verletzungen. Dr. V.\_\_\_\_ habe ausdrücklich festgehalten, dass die von ihm gestellten Diagnosen Folge des Unfalles vom 12. Februar 2008 seien und der Beschwerdeführer vor dem Unfall weder psychische Probleme noch ein Alkoholproblem gehabt habe. Die psychische Problematik hänge direkt, wenn auch nicht ausschliesslich, mit den immer noch bestehenden somatischen Einschränkungen des Beschwerdeführers und allenfalls drohenden Operationen eng zusammen. Die Behandlung daure an und es lasse sich noch nicht beurteilen, wie sich die aktuell durchgeführten Behandlungen auf die Arbeitsfähigkeit auswirken würden. Beim Einkommensvergleich übergehe die Beschwerdegegnerin die Tatsache, dass der Beschwerdeführer nicht als "Fachmann Betreuung", sondern als "assistant socio-éducatif" hätte ausgebildet werden sollen und dass die IV-Stelle selber die Ausbildung abgebrochen habe. Schliesslich hätte der Beschwerdeführer auch als "assistant socio-éducatif" nicht ein volles Arbeitspensum leisten können. Die Beschwerdegegnerin habe keine Tatsachen erhoben, welche dafür sprächen, dass er ein höheres Arbeitspensum als die von Dr. L.\_\_\_\_ vertretenen 35 % in einer adaptierten Hilfstätigkeit leisten könnte (act. G 12).

B.d Die Beschwerdegegnerin verzichtet auf eine Duplik (act. G 14).

B.e Mit Eingaben vom 16. Februar 2018 (act. G 16) und vom 2. März 2018 (act. G 17 und act. G 17.1) weist der Beschwerdeführer darauf hin, das Bundesgericht habe mit Urteil vom 22. Dezember 2017, 2C\_32/2017, den befristeten Entzug der Bewilligung



## St.Galler Gerichte

der ehemaligen Klinik Q.\_\_\_\_, eine Gesundheitsinstitution zu betreiben, bestätigt und grundsätzliche Bedenken gegen das Begutachtungsinstitut geäussert, weshalb mangels Vertrauenswürdigkeit der Gutachterstelle auf das Gutachten nicht abgestellt werden könne.

B.f Mit Eingabe vom 26. März 2018 legt der Beschwerdeführer Protokolle von Zeugeneinvernahmen von Dr. V.\_\_\_\_, Dr. O.\_\_\_\_ und Dr. P.\_\_\_\_, die anlässlich des unfallversicherungsrechtlichen Verfahrens vor der Chambre des assurances sociales de la Cour de Justice des Kantons Genf durchgeführt wurden, ins Recht. Damit werde insgesamt von drei fachkundigen Zeugen belegt, dass der Beschwerdeführer zwar nach dem traumatischen Unfall zeitweise einen hohen Alkoholkonsum gehabt habe, dass aber vor dem Unfall kein Alkoholproblem bestanden habe und ebenso wenig ein dauerhaftes oder aktuelles Alkoholproblem vorliege. Auf dem Hintergrund dieser Aussagen sei die These von Dr. U.\_\_\_\_ nicht haltbar (act. G 19 und G 19.1).

B.g Der Beschwerdeführer lässt am 22. Juni 2018 weitere Akten aus dem Verfahren im Kanton Genf ins Recht legen, unter anderem den Beweisbeschluss vom 20. April 2018 hinsichtlich Anordnung einer psychiatrischen Begutachtung durch Dr.med. X.\_\_\_\_, Spezialarzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, sowie schriftliche Aussagen von Dr. U.\_\_\_\_ vom 7. März 2018 (act. G 23.1). Mit Blick auf die vorgesehene Begutachtung beantragt er die Sistierung des vorliegenden IV-Verfahrens (act. G 23 und G 23.1).

B.h Am 9. Juli 2018 reicht der Beschwerdeführer das Gutachten von Dr. X.\_\_\_\_ vom 28. Juni 2018 zu den Akten (act. G 25 und G 25.1). Der Experte kommt zum Schluss, es bestehe keine Arbeitsfähigkeit auf dem freien Arbeitsmarkt. Im geschützten Rahmen sei eine Arbeitsfähigkeit von nicht über 50 % ohne Leistungseinbusse möglich in einem stark strukturierten Rahmen mit eng umschriebenen Arbeitszeiten (act. G 25.1-62 f.). Das Gutachten der Klinik Q.\_\_\_\_ sei nicht beweiskräftig (act. G 25.1-70).

B.i Mit prozessleitender Verfügung vom 13. Juli 2018 sistiert die vorsitzende Richterin das Verfahren vor Versicherungsgericht bis zum Abschluss des Verfahrens vor dem Genfer Versicherungsgericht (act. G 26).



## St.Galler Gerichte

B.j Mit Entscheid vom 9. Oktober 2018 heisst die sozialversicherungsrechtliche Kammer der Cour de Justice des Kantons Genf die Beschwerde gegen den Einspracheentscheid des Unfallversicherers vom 4. Mai 2017 gut, hebt diesen auf und stellt fest, dass der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Invalidenrente, basierend auf einem Invaliditätsgrad von 100 %, habe (act. G 27.1).

B.k Mit Eingabe vom 12. Oktober 2018 lässt der Beschwerdeführer vorbringen, dass Gutachten von Dr. X.\_\_\_\_ sei grundsätzlich auch im Verfahren betreffend IV-Rente zu beachten. Erwachse das Urteil vom 9. Oktober 2018 betreffend Unfallversicherungsleistungen in Rechtskraft, sei dieses auch im Verfahren betreffend Leistungen der Invalidenversicherung zu beachten. Insgesamt könne somit auf die Beurteilung des Anspruchs auf eine Invalidenrente im UV-Verfahren vor dem Versicherungsgericht des Kantons Genf abgestellt werden. Es bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %. Folglich sei ihm eine ganze IV-Rente zuzusprechen (act. G 27)

B.l Die vorsitzende Richterin hebt am 18. Oktober 2018 die Sistierung auf und eröffnet der Beschwerdegegnerin Frist zur Stellungnahme zum Urteil des Genfer Versicherungsgerichts vom 9. Oktober 2018 und zum psychiatrischen Gerichtsgutachten von Dr. X.\_\_\_\_ vom 28. Juni 2018 sowie zur Eingabe des Rechtsvertreters vom 12. Oktober 2018 (act. G 28). Die Beschwerdegegnerin teilt am 29. Oktober 2018 mit, dass sie auf eine Vernehmlassung verzichte (act. G 29). Auf Anfrage vom 21. November 2018 (act. G 31) reicht der Beschwerdeführer am 29. November 2018 eine Bestätigung der Bundesgerichtskanzlei ein, wonach gegen das Urteil des Genfer Versicherungsgerichts vom 9. Oktober 2018 keine Beschwerde eingegangen sei (act. G 33; act. G 33.1).

## Erwägungen

1.

Zu befinden ist über den vom Beschwerdeführer geltend gemachten Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung.



1.1 Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) umschreibt Invalidität als voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist der durch die gesundheitliche Beeinträchtigung verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende 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 nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

1.2 Nach Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) haben Versicherte Anspruch auf eine Rente, wenn sie ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, 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). Nach Art. 28 Abs. 2 IVG 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).

1.4 Die Beurteilung, in welcher Tätigkeit die versicherte Person in welchem Umfang arbeitsfähig ist, obliegt den begutachtenden Ärzten (Urteil des Bundesgerichts vom 10. Dezember 2014, 9C\_432/2014 E. 3.2.1; vgl. E. 2.1). Das Gericht weicht bei Gerichtsgutachten nach der Praxis nicht ohne zwingende Gründe von der Einschätzung des medizinischen Experten ab, dessen Aufgabe es ist, seine Fachkenntnisse der Gerichtsbarkeit zur Verfügung zu stellen, um einen bestimmten Sachverhalt medizinisch zu erfassen. Ein Grund zum Abweichen von einem Gerichtsgutachten kann vorliegen, wenn die Gerichtsexpertise widersprüchlich ist oder wenn ein vom Gericht eingeholtes Obergutachten in überzeugender Weise zu andern Schlussfolgerungen gelangt. Eine abweichende Beurteilung kann ferner gerechtfertigt sein, wenn gegensätzliche Meinungsäusserungen anderer Fachexperten dem Gericht als triftig genug erscheinen, die Schlüssigkeit des Gerichtsgutachtens in Frage zu stellen, sei es, dass es die Überprüfung im Rahmen einer Oberexpertise für angezeigt hält, sei es, dass es ohne Oberexpertise vom Ergebnis des Gerichtsgutachtens abweichende Schlussfolgerungen zieht (BGE 125 V 352 f. E. 3 b aa, mit weiteren Verweisen).

1.5 Die unfallversicherungsrechtliche Invaliditätsbemessung ist für das invalidenversicherungsrechtliche Verfahren nicht bindend; die IV-Stellen haben die Invaliditätsbemessung selbständig vorzunehmen. Die Voraussetzungen für eine Rente in diesen Sozialversicherungszweigen sind trotz des grundsätzlich gleichen Invaliditätsbegriffs verschieden. Insbesondere berücksichtigt die Invaliditätsschätzung der Unfallversicherung lediglich die natürlich und adäquat kausalen gesundheitlichen und erwerblichen Unfallfolgen (BGE 133 V 554, E. 6.1 f.). Soweit sich indes die medizinischen Einschätzungen aus dem unfallversicherungsrechtlichen Verfahren nicht ausdrücklich auf unfallbedingte Behinderungen beschränken, können diese



grundsätzlich auch für die Belange der Invalidenversicherung Geltung beanspruchen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 1. Oktober 2008, 8C\_691/2008, E. 3.2).

1.6 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.

2.1 Medizinische Grundlage der angefochtenen Verfügung vom 17. Januar 2017 bildete das im unfallversicherungsrechtlichen Verfahren eingeholte polydisziplinäre Gutachten der Klinik Q.\_\_\_\_ vom 30. September 2015 (UV-act. 10).

2.2 Im unfallversicherungsrechtlichen Parallelverfahren im Kanton Genf wurden der Privatgutachter Dr. V.\_\_\_\_, der behandelnde Psychiater Dr. O.\_\_\_\_ sowie die behandelnde Rheumatologin Dr. P.\_\_\_\_ als Zeugen einvernommen (13. März 2018, act. G 19.3). Der psychiatrische Gutachter der Klinik Q.\_\_\_\_, Dr. U.\_\_\_\_, hatte am 7. März 2018 schriftlich Fragen der Sozialversicherungskammer beantwortet (act. G 23.6; act. G 23.4). Das Gericht wies im Beweisbeschluss vom 20. April 2018 zunächst auf bei psychiatrischen Begutachtungen in der Klinik Q.\_\_\_\_ in anderen Fällen vermutete Unregelmässigkeiten hin (act. G 23.1-9), welche sich bestätigt hatten und dazu führten, dass das Departement für Arbeit, Soziales und Gesundheit des Kantons Genf der ehemaligen Klinik Q.\_\_\_\_, Departemente für Psychiatrie und Begutachtung, für drei Monate die Bewilligung entzog, eine Gesundheitsinstitution zu betreiben (vgl. Feuille officielle d'avis de la République et Canton de Genève [FAO], 21. Februar 2018,



Entscheid des Bundesgerichts vom 22. Dezember 2017, 2C\_32/2017). Gestützt auf die Ergebnisse der Beweismassnahmen war die Genfer Instanz zum Schluss gekommen, dass der Beweiswert des Gutachtens aufgrund der Zeugenaussagen zumindest zweifelhaft sei, ohne dass aber an der Auffassung von Dr. V.\_\_\_\_ und Dr. O.\_\_\_\_ festgehalten werden könne, wonach der Beschwerdeführer im freien Arbeitsmarkt nicht und im geschützten Milieu höchstens zu 50 % arbeitsfähig sei. Es sei daher eine psychiatrische Begutachtung anzuordnen (vgl. act. G 23.1-19).

2.3 Im Gegensatz zu Dr. U.\_\_\_\_ diagnostizierten sowohl Dr. V.\_\_\_\_ (Privatgutachten vom 9. Mai 2016, IV-act. 214; Protokoll Zeugeneinvernahme vom 13. März 2018, act. G 19.3) als auch Dr. O.\_\_\_\_ (Bericht vom 8. Dezember 2015, IV-act. 186-10; Zeugeneinvernahme vom 13. März 2018, act. G 19.3) eine mittelgradige depressive Episode. Beide psychiatrischen Fachärzte halten zwar einen zeitweise regelmässigen Alkoholkonsum für möglich bzw. gehen von einem solchen aus, verneinen aber ein übermässiges Ausmass bzw. eine Alkoholabhängigkeit (Privatgutachten Dr. V.\_\_\_\_ vom 9. Mai 2016, IV-act. 214-7 f.; Zeugeneinvernahme Dr. V.\_\_\_\_ vom 13. März 2018, S. 3; Zeugeneinvernahme Dr. O.\_\_\_\_ vom 13. März 2018, S. 2). Die Ausführungen von Dr. V.\_\_\_\_ und Dr. O.\_\_\_\_ sind, soweit sie den Alkoholkonsum des Beschwerdeführers und die Diagnose der Depression betreffen, schlüssig und nachvollziehbar. Zudem hielt auch der Gerichtsgutachter Dr. X.\_\_\_\_ das Gutachten der Klinik Q.\_\_\_\_ für nicht beweiskräftig. Er führte aus, dieses weise wesentliche Lücken und Fehler in der Anamnese auf (Tod des jüngeren Bruders 2013, Beziehung zu den Eltern der Lebensgefährtin, entbehrensreiche Kindheit, keine Arbeitsunfähigkeit trotz Beschwerden während einer Chemotherapie etc.). Die Veränderung der Persönlichkeit durch den Unfall werde ausgeblendet. Dies habe den Gutachter gehindert, eine Diagnose im affektiven Bereich zu stellen mit sekundärem Alkoholismus. Die Zuordnung aller Beschwerden zu einem primären Alkoholismus erscheine tendenziös. Dass das Gutachten dem Beschwerdeführer eine schwache Motivation zur Arbeit zuschreibe, zeige ein totales Unverständnis gegenüber dem Beschwerdeführer (Gerichtsgutachten vom 28. Juni 2018, act. G 25.1-69 f.). Mit der Genfer Sozialversicherungskammer (und in Abweichung zur Auffassung von RAD-Arzt Dr.med. W.\_\_\_\_, Facharzt für Prävention und Gesundheitswesen [Stellungnahme vom 16. Januar 2017, IV-act. 216]), ist auch für das vorliegende invalidenversicherungsrechtliche



Verfahren von einer fehlenden Beweistauglichkeit des psychiatrischen Teilgutachtens der Klinik Q.\_\_\_\_ auszugehen.

3.

Zu prüfen ist somit, ob im vorliegenden Verfahren auf das im UV-Verfahren eingeholte Gerichtsgutachten von Dr. X.\_\_\_\_ abgestellt werden kann.

3.1 Der Gerichtsgutachter schloss eine die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigende insbesondere primäre Alkoholabhängigkeit beim Beschwerdeführer aus: Vor 2012 gebe es keinen medizinischen oder anamnestischen Nachweis eines krankhaften Alkoholkonsums. Es bestehe keine funktionelle Beeinträchtigung in den durch chronischen Alkoholkonsum am häufigsten tangierten Lebensbereichen wie Arbeit oder Partnerschaft. Ein Alkoholkonsum vor dem Auftreten der Gicht 1985-1986 sei nicht nachweisbar. Der einzige Zusammenhang bestehe zwischen der Exazerbation der Gicht und dem vom Beschwerdeführer anerkannten Mehrkonsum ab dem Jahr 2013. Es fehle an klassischen Charakteristiken des Gewohnheitstrinkens (Trinken am Morgen, Mischen verschiedener Alkoholika, Konsum starker Alkoholika, Rauschtrinken, Suchtdruck). Der Rückgang des CDT innerhalb eines Monats von 4 auf 2 U/l deute darauf hin, dass der Beschwerdeführer seinen Konsum beherrschen könne, was bei einem chronischen Alkoholiker nicht der Fall wäre, der die Krankheit nicht einsehe und leugne. Nichts deute auf eine signifikante Zunahme des Alkoholkonsums vor dem Unfall hin. Insbesondere die Scheidung, der Verlust des Vaters und des älteren Bruders seien nicht mit einem höheren Alkoholkonsum verbunden, was im Rahmen eines primären Alkoholismus zu erwarten wäre (act. G 25.1-57). Die Leberwerte seien in den Jahren 2015-2017 nur leicht angestiegen, was Zeichen sei, dass der Alkoholkonsum nach vorübergehendem Alkoholismus im Jahre 2013 wieder auf das normale Niveau zurückgegangen sei. Während ein primärer Alkoholismus klar ausgeschlossen werden könne, weise alles auf einen sekundären Alkoholismus hin, aufgetreten wahrscheinlich zwischen 2013 und 2015, als Folge der damaligen affektiven und ängstlichen Dekompensation. Man könne einen Zusammenhang zwischen den biologischen Werten und den Ereignissen im Leben wie dem Tod der "Schwiegermutter" und des "Schwiegervaters" beobachten. Der Beschwerdeführer konsumiere aktuell regelmässig Alkohol. Nichts deute aber auf eine tägliche oder dauerhafte funktionelle



Beeinträchtigung im Zusammenhang mit dem Alkoholkonsum hin (act. G 25.1-58). Das Alkoholproblem sei innerhalb der Therapie auch nicht prioritär gewesen (act. G 25.1-59). Der Gerichtsgutachter diagnostizierte eine leichtgradige depressive Störung (ICD-10: F32.0) sowie eine Panikstörung (ICD-10: F41.0). Zum Verlauf der depressiven Erkrankung legte er dar, eine erste andauernde psychische Dekompensation sei im Februar 2013 eingetreten nach dem Scheitern der Rehabilitation in den EPI. Es habe sich eine wahrscheinlich mittelgradige Depression entwickelt, zu der eine Alkoholabhängigkeit als Selbstmedikation hinzugetreten sei. Ohne diese wäre der depressive Zustand wahrscheinlich schwerwiegender gewesen. Es habe sich nicht um einen die berufliche Sphäre, sondern alle Lebenssphären tangierenden Zustand gehandelt. Dieser habe sich zugespitzt während des Jahres 2013 wahrscheinlich im Zusammenhang mit dem Tod des jüngeren Bruders. Im Sommer 2013 habe der Beschwerdeführer begonnen, psychiatrische Hilfe in Anspruch zu nehmen und sich als suizidal beschrieben. Seither sei der depressive Zustand nie mehr remittiert. Er habe fluktuiert aufgrund von Lebensereignissen und der mehr oder weniger regelmässigen Einnahme von Antidepressiva. Die antidepressive Behandlung sei nicht ausreichend gewesen, um wirksam zu sein. Die Beziehung zur Familie der Freundin, die eine Art "Adoptivfamilie" darstelle, sei für den Beschwerdeführer in den schwierigen Jahren eine wichtige Unterstützung gewesen. Der Tod der Eltern seiner Partnerin 2014 und 2016 hätte die Persönlichkeit stark destabilisiert. Bei der Gerichtsverhandlung im März 2018 habe der Beschwerdeführer die Abwesenheit der Ärzte der Klinik Q.\_\_\_\_ als grosse Ungerechtigkeit, Verachtung, Zurückweisung und Nichtanerkennung empfunden. Dies habe andere Ungerechtigkeiten in seinem Leben reaktualisiert, die er im Verhältnis zu seiner ersten Ehefrau, zum Gleitfluglehrer und zum Unfallversicherer erlebt habe. Daraufhin habe er für zwei Monate eine verstärkte antidepressive Therapie benötigt. Unter dieser sei es wahrscheinlich zu einer gewissen Remission der Symptomatik gekommen, welche den Schweregrad von mittel auf leicht reduziert habe. Die Dosis von 10 mg sei wahrscheinlich zu schwach, um die Gesamtheit der Symptomatik in bedeutendem Ausmass zu beseitigen (act. G 25.1-55). Während Dr. V.\_\_\_\_ rigide, unangepasste, feindselige und misstrauische Persönlichkeitszüge festhielt (Privatgutachten vom 9. Mai 2016, IV-act. 214-7), beschrieb Dr. X.\_\_\_\_ eine bemerkenswerte Anpassungsfähigkeit und eine zuvorkommende, liebenswerte und um andere besorgte, altruistische Persönlichkeit (act. G 25.1-67). Der Gerichtsgutachter



verneinte sodann das Vorliegen einer Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (ICD-10: F62.0). Nichts deute auf akuten oder posttraumatischen Stress hin. Vor dem Jahr 2013 habe der Beschwerdeführer keine anxiolytische oder depressive Medikation oder Therapie in Anspruch genommen. Posttraumatische Stresssymptome fänden sich nicht. Es bestünden keine eigentlichen Flashbacks. Manchmal sehe der Beschwerdeführer die Szenen des Unfalls in der Entspannung mehr oder weniger freiwillig vor sich, jedoch ohne Auftreten einer signifikant verstärkten Angst. Es bestehe auch keine andauernde Hypervigilanz. Der Beschwerdeführer habe an den Ort des Unfalls zurückkommen und die Weste, die er damals getragen habe, anziehen können. Er beschreibe gelegentliche Albträume im Zusammenhang mit dem Unfall, aber nicht ausschliesslich (act. G 25-1-56). Zur Persönlichkeit führte der Gutachter aus, der Beschwerdeführer sei eine sehr gesellige Person, offen gegenüber anderen und zuvorkommend, keineswegs paranoid. Er zeichne sich durch hohe Professionalität, eine Überangepasstheit an die Bedürfnisse anderer, Perfektionismus und hohe Erwartungen an sich selbst aus. Er habe selbst während der Chemotherapie keine längere Arbeitsunfähigkeit beansprucht. Der ursprünglich fröhliche, initiative, sportliche, ehrgeizige, zur Führung von Equipen, zur Anpassung an verschiedene Stellen und zur Ausbildung von Personal fähige, hyperaktive und gesellige Beschwerdeführer sei zur schwer physisch handicapierten, einer Vielzahl von Operationen ausgesetzten und um die Weiterexistenz kämpfenden Person geworden. Dies habe eine starke narzisstische Verletzung verursacht. Als ab 2014 die Hoffnung (auf körperliche Genesung) geschwunden sei und der kleine, von ihm beschützte Bruder und seine "Adoptiveltern" gestorben seien, sei das Gefühl der erlittenen Ungerechtigkeit und Zurückweisung exazerbiert und die Ressourcen zur Adaptation hätten sich erschöpft. Die Verbindung zwischen krankhaft selbstlosen Persönlichkeitszügen und einer affektiv-ängstlichen Beeinträchtigung führe zu einer negativen Interaktion, indem diese sich gegenseitig verstärkten (act. G 25.1-60 f.). Als funktionelle Einschränkungen erwähnte der Gutachter eine herabgesetzte Anpassungsfähigkeit, eine verminderte Stresstoleranz, einen Verlust von Selbstvertrauen und Lebenselan, ein reduziertes Rendement in Tätigkeiten mit erforderlicher konstanter Geschwindigkeit, Schwierigkeiten, sich an einen variablen Arbeitsplan anzupassen, eine Erschöpfung durch Überforderung sowie die aufgrund der Ohrgeräusche bestehende Schwierigkeit, Diskussionen unter mehreren Personen zu verfolgen (act. G 25.1-62). Der Gerichtsgutachter hielt sodann



folgende Ressourcen fest: verbleibende psychiatrische therapeutische Möglichkeiten (auch der Alkoholproblematik), Unterstützung durch die Freundin und der Kinder, die Existenz eines adaptierten Arbeitsplatzes, an dem sich der Beschwerdeführer seit Jahren entfalte, und die starke Motivation, diesen zu behalten, der kämpferische Charakter und das Fehlen eines prozessfreudigen Charakters und einer Fixierung auf das Leiden. Als ressourcenhemmend sei die fragile Persönlichkeit zu erwähnen (act. G 25.1-65). Die Konsistenz hielt der Gerichtsgutachter für gegeben, indem er ausführte, der Beschwerdeführer wirke authentisch, ohne Verdeutlichung, Symptomausweitung, Begehrenshaltung oder Fixierung auf das Leiden. Es bestehe eine Motivation für eine psychiatrische Behandlung, die Einnahme der (allerdings offenbar zu niedrig dosierten, act. G 25.1-45, 55) Psychopharmaka und für eine Arbeitstätigkeit (act. G 25.1-52).

3.2 Weiter ist dem Gutachten zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer seit August 2013 bei den EPI als nicht diplomierter Betreuer arbeitet, zunächst zu 50 % und vorübergehend ab Mai 2015 zu 30 %. Er begleite und überwache minder- und volljährige Jugendliche in Schwierigkeiten. Seine Arbeit erfordere keinen körperlichen Einsatz und er habe grosse Freiheit bezüglich Körperpositionen ohne Tragen von Lasten und Fehlbelastungen. Er schätze seine Arbeit, fühle sich geachtet und schätze die Anwesenheit und Hilfe des qualifizierten Betreuungspersonals. Er arbeite stets zusammen mit einem diplomierten Betreuer. Seit zwei Monaten sei der Arbeitsplan unregelmässig. Das Pensum liege immer noch bei 50% (20 Std. pro Woche), aber er beginne und beende die Arbeit zu unterschiedlichen Zeiten. Er arbeite zwischen 4 und 7 Stunden mit einer Pause von 30 Minuten. Er könne frei nehmen, wenn er Erholung benötige (act. G 25.1-40). Der Beschwerdeführer gibt weiter an, er helfe mit bei der Gartenarbeit (im Elternhaus der Freundin) und besorge zusammen mit der Freundin den Haushalt; seine administrativen und finanziellen Angelegenheiten erledige er selbst. Wegen Rücken-, Hüft- und Knieschmerzen könne er nur 25 bis maximal 30 km Auto fahren (act. 25-1-42). Er habe viele Freunde in Y.\_\_\_\_ und der Schweiz, die er wöchentlich treffe. Dieses soziale Netz bedeute für ihn eine wichtige Unterstützung und halte die Hoffnung auf eine Verbesserung seines Zustandes aufrecht (IV-act. 25.1-41). Zur Arbeitsfähigkeit hielt der Gerichtsgutachter fest, diese sei auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt 0 %. Die angestammte Tätigkeit als Koch sei aufgrund der Belastungsspitzen namentlich zu den Essenszeiten nicht mehr zumutbar. Die (aktuelle) Tätigkeit sei anspruchsvoll, erfordere grosse Geduld und Hingabe für die Bedürfnisse



der Schwerbehinderten. Bei Personen mit Tendenz zur Überforderung führe dies zu einer fortschreitenden Erschöpfung. Der Wechsel auf einen variablen Arbeitsplan habe den Beschwerdeführer destabilisiert. Das Pensum von 30 % im geschützten Rahmen bei den EPI seit 1. September 2013 sei zumutbar. Das aktuell seit Ende 2015 ausgeübte Pensum von 50 % sei grundsätzlich zu bewältigen, ausser dass es während gewissen Zeiten übergangsweise auf 30 % reduziert werden müsse. Im geschützten Rahmen bei einer Arbeitsfähigkeit von nicht über 50 % in einem gut strukturierten Rahmen und mit eng definiertem Arbeitsplan bestehe keine Leistungsminderung (act. G 25.1-62 f.).

3.3 Das Gerichtsgutachten berücksichtigt die familiäre, berufliche und medizinische Anamnese, die relevanten Akten und setzt sich damit auseinander. Die Begutachtung dauerte sieben Stunden (act. 25.1-51). Die gemäss neuer Rechtsprechung für depressive und andere psychische Leiden erforderliche strukturierte Beweisführung anhand von Standardindikatoren (BGE 143 V 409, 418) ist berücksichtigt. In Anbetracht der erhöhten Beweiskraft von Gerichtsgutachten und des im Bereich der Psychiatrie naturgemäss weiteren Ermessensspielraums bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 29. September 2009, 9C\_661/2009, E. 3.2) ist auf das Gutachten von Dr. X.\_\_\_\_ abzustellen.

4.

4.1 Der Unfallversicherer machte im unfallversicherungsrechtlichen Gerichtsverfahren geltend, es bestehe (gemäss Gerichtsgutachten, in adaptierter Tätigkeit) eine Arbeitsfähigkeit von 50 %, wogegen der Beschwerdeführer einwendete, er sei lediglich zu 30 % - und dies in einem geschützten Rahmen - arbeitsfähig (vgl. act. G 27.1-17). Hierzu erwog die Genfer Sozialversicherungsrechtskammer, nach dem Wortlaut des Gutachtens von Dr. X.\_\_\_\_ sei der Beschwerdeführer nicht arbeitsfähig, ausser in einer nicht qualifizierten Arbeit als Hilfsbetreuer, in einem sehr spezifischen Rahmen eines geschützten Umfeldes zu höchstens 50 % und innerhalb eines festen Zeitplans. Ein solcher Arbeitsplatz sei nicht Teil des ausgeglichenen Arbeitsmarktes im Sinne von Art. 16 ATSG, sondern eine Beschäftigung, die dem Beschwerdeführer zugewiesen worden sei, ohne Garantie, dass er sie bis zum Erreichen des ordentlichen Pensionsalters behalten könne. Die Tabellenwerte der Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes



für Statistik (BFS), die auf Stellen im freien Arbeitsmarkt beruhen, könnten nicht angewendet werden. Der Beschwerdeführer sei sowohl als Koch als auch in jeder anderen Erwerbstätigkeit 0 % arbeitsfähig. Sein Invaliditätsgrad betrage folglich 100 % (act. G 27.1-23 f.). Es besteht im vorliegenden invalidenversicherungsrechtlichen Verfahren kein Anlass, von dieser Auffassung des Genfer Gerichts abzuweichen.

4.2 Im Übrigen hielt der Gerichtsgutachter fest, die Arbeitsfähigkeit erreiche bestenfalls 30 %, das aktuelle Pensum von 50 % werde mit Mühe erreicht. Das Pensum von 30 %, wie es der Beschwerdeführer ab 1. September 2013 ausgeübt habe, sei zumutbar. Das seit Ende 2015 verrichtete Pensum von 50 % könne im Prinzip bewältigt werden, ausser während gewissen Übergangsperioden, während denen es auf 30 % reduziert werden müsse (act. G 25.1-62 f.). In Anwendung der bundesgerichtlichen Rechtsprechung (Urteile vom 19. August 2009, 9C\_226/2009, E. 3.2 mit zahlreichen Hinweisen und vom 4. Juni 2013, 9C\_730/2012, E. 4.2) wäre, wenn auf das Erfordernis eines geschützten Rahmens verzichtet würde, von einer (durchschnittlichen) Arbeitsfähigkeit von 40 % in einer leichten Hilfstätigkeit auszugehen. In seiner Anstellung als Koch in einem kommunalen Altersheim erzielte der Beschwerdeführer vor seinem Unfall im Jahr 2007 ein Einkommen von Fr. 82'000.-- (Lohnabrechnung Arbeitgeberin, IV-act. 11-11; Auszug aus dem individuellen Konto [IK], IV-act. 6-1). Da davon auszugehen ist, dass der Beschwerdeführer diese Tätigkeit ohne Eintritt des Unfalls weiterhin ausgeübt hätte, entspricht dieses Einkommen dem Valideneinkommen. Unter Berücksichtigung der Nominallohnerhöhung bis zum Jahr 2009, dem Jahr des frühestmöglichen Rentenbeginns, beträgt es Fr. 85'565.-- (Bundesamt für Statistik [BFS], Lohnentwicklung, T39, Indizes Männer 2007: 2047, 2009: 2136). Für die Bemessung des Invalideneinkommens ist vom Durchschnittswert gemäss Lohnstrukturhebung (LSE)/Lohnentwicklung des BFS für das Jahr 2009, Anforderungsniveau 4, Männer, auszugehen. Er beträgt Fr. 61'240.-- (Informationsstelle AHV/IV, Textausgabe IV, Anhang 2). Bei einer Arbeitsfähigkeit von 40 % beträgt das Invalideneinkommen selbst ohne Tabellenlohnabzug Fr. 24'496.--. Es resultierte ein Invaliditätsgrad von 71,4 %, welcher ebenfalls Anspruch auf eine ganze Rente begründen würde.

5.



5.1 Der Beschwerdeführer meldete sich am 28. Februar 2009 bei der IV zum Leistungsbezug an (IV-act. 1). Im Anschluss an die somatischen Behandlungen bzw. somatisch bedingte vollständige Arbeitsunfähigkeit erfolgte vom 26. September 2011 bis insgesamt 4. März 2012 die berufliche Abklärung (IV-act. 87; IV-act. 97, 99). Während dieser Zeit erhielt der Beschwerdeführer ein IV-Taggeld (IV-act. 90, 108-2 f.). Am 27. August 2012 begann der Beschwerdeführer die Ausbildung zum Fachmann Betreuung (assistant socio-éducatif; vgl. Lehrvertrag, IV-act. 110-1 f.; Mitteilung vom 29. August 2012, IV-act. 112). Auch für diese Zeit wurde ihm von der IV ein Taggeld zugesprochen (IV-act. 114). Der Unfallversicherer legte den Fallabschluss und damit auch das Ende der UV-Taggeldleistungen im Sinne von Art. 19 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) auf Ende August 2013 und den Beginn des Rentenanspruchs auf den 1. September 2013 fest, nachdem die Eingliederung bei den EPI durch Vertragsauflösung auf diesen Zeitpunkt hin beendet worden war (Verfügung vom 12. Dezember 2016, E. 2.1, UV-act. 12-7; Entscheid Versicherungsgericht GE vom 9. Oktober 2018, act. G 27.1, E. 2b).

5.2 Das Wartejahr gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG begann mit dem Unfallereignis vom 12. Februar 2008 und war somit im Zeitpunkt der Anmeldung zum Leistungsbezug am 28. Februar 2009 bereits verstrichen. Gemäss Art. 29 Abs. 1 und 3 IVG besteht der Rentenanspruch somit ab 1. August 2009. Die Gutachter der Klinik Q.\_\_\_\_ gingen zwar aufgrund der Konsolidation der Femurfraktur vom 22. April 2010 bis zur Arthroplastie der linken Hüfte am 25. März 2011 von einer vollen Arbeitsfähigkeit in adoptierter Tätigkeit aus (UV-act. 10-312, E. 3.4). Indessen führte Dr. L.\_\_\_\_ in seinem Gutachten vom 1. Oktober 2010 zeitnah aus, die Hauptbeschwerden gingen von einer linksseitigen Coxarthrose aus. Die noch anstehenden Behandlungen erschwerten eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit, da kein stabiler Gesundheitszustand vorliege (IV-act. 56-6). Diese war denn auch Grund für die Versorgung der linken Hüfte mit einer Totalprothese am 25. März 2011 (vgl. Operationsbericht, UV-act. 4-2). Sodann gingen die RAD-Ärztin Dr. med. Z.\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Medizin, und RAD-Arzt Dr.med. Ba.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeinmedizin, in ihrer Stellungnahme vom 26. Oktober 2010 erst von einer 50%igen bis allenfalls 70%igen Arbeitsfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten aus (IV-act. 58). Dr. Z.\_\_\_\_ nahm am 23. Mai 2011 erneut Stellung, die 100 %ige Arbeitsunfähigkeit als Koch seit Februar 2008 bleibe weiterhin bestehen. Ab 1. Juni 2011 bestehe eine 100 %ige Arbeitsfähigkeit in adaptierter



Tätigkeit (IV-act. 72). Darauf stützte sich die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung vom 17. Januar 2017 (IV-act. 217), wo sie ausführte, dem Beschwerdeführer sei die angestammte Tätigkeit seit dem Unfall vom 12. Februar 2008 nicht mehr zumutbar. Die Tätigkeit als Fachmann Betreuung und andere angepasste - im Wesentlichen vorwiegend sitzend zu verrichtende Tätigkeiten - seien ihm seit 1. Juni 2011 in vollzeitlichem Rahmen zumutbar. Von einer ununterbrochenen vollen Arbeitsunfähigkeit ging sodann offenbar auch die Unfallversicherung aus, indem sie dem Beschwerdeführer bis zum Beginn der beruflichen Abklärung am 26. September 2011 Taggelder ausrichtete (UV-act. 12-7). Aufgrund der unter Berücksichtigung einer postoperativen Erholungszeit nach der Hüftoperation vom 25. März 2011 bis Juni 2011 andauernden 100%igen Arbeitsunfähigkeit, bedingt durch die somatischen Unfallfolgen, hat der Beschwerdeführer unter Berücksichtigung der Dreimonatsfrist gemäss Art. 88a Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) einen bis 30. September 2011 befristeten Anspruch auf eine ganze Invalidenrente.

5.3 Wegen der psychischen Gesundheitseinschränkung besteht nach dem Gutachten von Dr X.\_\_\_\_ seit 1. September 2013 erneut eine vollständige Arbeitsunfähigkeit im freien Arbeitsmarkt (vgl. act. G 25.1-63). Mit Blick auf Art. 29bis IVV stellt sich die Frage, ob der Rentenanspruch ab dem genannten Datum oder erst nach erneutem Ablauf des Wartejahres nach Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG wieder auflebt. Der Tatbestand von Art. 29bis IVV ist komplementär zu demjenigen einer neuen Erkrankung und somit eines neuen Versicherungsfalles (Urteil des Bundesgerichts vom 17. Oktober 2016, 9C\_421/2016, E. 3). Ein neuer invalidenversicherungsrechtlicher Versicherungsfall liegt vor, wenn sich der Invaliditätsgrad aufgrund einer von der ursprünglichen gesundheitlichen Beeinträchtigung völlig verschiedenen Gesundheitsstörung erhöht (BGE 136 V 375, E. 3.1.2 und 3.2). Kriterien für das Vorliegen "desselben" Gesundheitsschadens sind die Diagnose (Urteil des Bundesgerichts vom 3. März 2017, 9C\_658/2016, E. 4) und die Ursache der Invalidität (Entscheidung des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich vom 13. Januar 2014, IV.2012.00838, E. 1.2.2, vom 4. November 2013, IV.2012.01004, E. 1.2.2 und vom 18. Dezember 2007, IV.2006.00491, E. 1.4.2). Das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich erachtete für die Anwendung von Art. 29bis IVV als ausreichend, dass die spätere psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeit auf dasselbe Leiden zurückzuführen ist wie die



vorangehende somatische Arbeitsunfähigkeit (vgl. Urteil des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich vom 30. März 2012, IV.2010.01033, E. 7.2.4, betreffend psychisch bedingter Einschränkung der Arbeitsfähigkeit als teilweise Folge einer zuvor erlittenen Knie-Distorsion und einer mehrfragmentären, intraartikulären Radiusfraktur). Vorliegend führte der Gerichtsgutachter aus, die psychischen Beschwerden seien auf den Unfall vom 12. Februar 2008 zurückzuführen. Wäre der Beschwerdeführer durch den Unfall nicht derart in seiner körperlichen und psychischen Integrität verletzt worden, hätte er ausreichende Ressourcen, um die Herausforderungen des Lebens zu bewältigen (act. G 25.1-62). Der Gutachter stimmt hierin mit Dr. V. \_\_\_ überein (vgl. IV-act. 214-8). Somit ist der Gleitschirmunfall nicht nur Ursache der Arbeitsunfähigkeit aus somatischen, sondern auch jener aus psychischen Gründen. Auch wenn der Unfall zunächst zu somatischen und erst später auch zu psychischen Gesundheitsbeeinträchtigungen geführt hat, ist ein kausaler Zusammenhang gegeben, dem mit der Anwendung von Art. 29bis IVV Rechnung zu tragen ist. Somit hat der Beschwerdeführer ab 1. September 2013 einen erneuten, unbefristeten Anspruch auf eine ganze Rente.

6.

6.1 Nach dem Gesagten ist die Verfügung vom 17. Januar 2017 in Gutheissung der Beschwerde aufzuheben und dem Beschwerdeführer mit Wirkung vom 1. August 2009 bis 30. September 2011 und ab 1. September 2013 eine ganze Rente zuzusprechen. Zur Festsetzung und Ausrichtung der Rentenleistung ist die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

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. 1bis IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint als angemessen. Die unterliegende Beschwerdegegnerin hat deshalb die gesamte Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- ist dem Beschwerdeführer zurückzuerstatten.

6.3 Die obsiegende beschwerdeführende Partei hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Die Parteientschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und



ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG). In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b HonO (sGS 963.75) pauschal Fr. 1'500.-- bis Fr. 15'000.--. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hatte sich mit französischsprachigen Gutachten aus dem unfallversicherungsrechtlichen Verfahren auseinanderzusetzen, in welchem er den Beschwerdeführer nicht vertrat. In diesem unfallversicherungsrechtlichen Parallelverfahren wurde insbesondere ein Gerichtsgutachten eingeholt, zu welchem der Rechtsvertreter in diesem invalidenversicherungsrechtlichen Verfahren Stellung nehmen musste. In Berücksichtigung des dadurch entstandenen Mehraufwands erscheint eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 4'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) als angemessen.

### Entscheid

1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 17. Januar 2017 aufgehoben und dem Beschwerdeführer mit Wirkung vom 1. August 2009 bis 30. September 2011 und ab 1. September 2013 eine ganze Rente zugesprochen. Zur Festsetzung und Ausrichtung der Rentenleistung wird die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.

2.

Die Beschwerdegegnerin bezahlt eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.--. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird dem Beschwerdeführer zurückerstattet.

3.

Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 4'500.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.