



Fall-Nr.: IV 2018/367
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 10.08.2021
Entscheiddatum: 03.12.2020

Entscheid Versicherungsgericht, 03.12.2020

Art. 7, 8 und 16 ATSG. Art. 28 IVG. Würdigung eines bidisziplinären (orthopädischen und psychiatrischen) Gutachtens und eines psychiatrischen Verlaufsgutachtens. Die Erhebung der Befunde und die gestützt darauf gestellten Diagnosen überzeugen. In psychiatrischer Hinsicht ist durch den psychiatrischen Gutachter keine ausreichende Prüfung der Standardindikatoren erfolgt. Die attestierten Arbeitsunfähigkeiten wären ausserdem konkreter zu begründen gewesen. Der Arbeitsfähigkeitsschätzung der Beschwerdegegnerin kommt ebenfalls kein ausreichender Beweiswert zu, insbesondere da sie im Zusammenhang mit psychosozialen Belastungsfaktoren und soziokulturellen Wertevorstellungen unzulässigerweise vom Vorliegen "invaliditätsfremder" Faktoren ausgegangen ist. Rückweisung zur Ergänzung der psychiatrischen Gutachten (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 3. Dezember 2020, IV 2018/367).

Entscheid vom 3. Dezember 2020

Besetzung

Präsident Ralph Jöhl, Versicherungsrichterinnen Monika Gehrler-Hug und Karin Huber-Studerus; Gerichtsschreiberin Viviane Kull

Geschäftsnr.

IV 2018/367

Parteien

A.____,



St.Galler Gerichte

Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Marco Bivetti, rechtsanwälte.og 42,
Oberer Graben 42, 9000 St. Gallen,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

Rente

Sachverhalt

A.

A.a. A.____ meldete sich im März 2015 wegen eines psychischen Leidens zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung (IV) an (IV-act. 4). Er gab an, keinen Beruf erlernt zu haben.

A.b. Dr. med. B.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, berichtete am 9. April 2015 (IV-act. 8), der Versicherte leide an einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1, seit 2010) und an einer Panikstörung (ICD-10 F41.0, seit 2010). Er sei seit dem 13. März 2015 bis auf Weiteres vollständig arbeitsunfähig. Durch Eingliederungsmassnahmen könne die Arbeitsfähigkeit gesteigert werden. Der Versicherte könne keine körperlich schwere Arbeit und keine Schichtarbeit leisten. Gemäss einem Austrittsbericht der Z.____ vom 11. März 2015 war der Versicherte vom 9. Februar 2015 bis 11. März 2015 hospitalisiert gewesen (IV-act. 8-3). Folgende Diagnosen waren erhoben worden: Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), bei/mit zweite depressive Episode, nach erstmaliger Erkrankung mit Hospitalisation 2008, Probleme in Verbindung mit Berufstätigkeit und Arbeitslosigkeit (ICD-10 Z56), chronisch lumbospondylogenes



Schmerzsyndrom, zeitweise angstbetont aggraviert (kinesiophob); Panikstörung (ICD-10 F41.0). Wegen einer psychischen Zustandsverschlechterung gegen Ende der Hospitalisation trat der Versicherte am 11. März 2015 in die Klinik C.____ ein, wo er am Folgetag wieder austrat (IV-act. 8-8). Dr. med. D.____, FMH Innere Medizin und Rheumatologie, teilte am 14. April 2015 mit (IV-act. 11), der Versicherte sei aus rheumatologischer Sicht in einer leichten, wechselbelastenden Tätigkeit vollständig arbeitsfähig. Aktuell bestehe eine psychiatrische Problematik. Gemäss einem Austrittsbericht des Spitals E.____ vom 10. Februar 2015 (IV-act. 11-3) war der Versicherte vom 21. Januar 2015 bis 9. Februar 2015 wegen einer akuten Exazerbation eines chronischen lumbospondylogenen Schmerzsyndroms rechts bei einem Verdacht auf eine Somatisierungsstörung und einer asymptomatischen Inguinalhernie rechts hospitalisiert gewesen. Ein MRI der LWS hatte keine relevante Pathologie gezeigt. Bei klinisch fehlenden Hinweisen für eine iatrogene Lähmung war dem Versicherte ein stationärer Rehabilitationsaufenthalt in den Z.____ empfohlen worden.

A.c. Die F.____ AG gab am 18. April 2015 an (IV-act. 12), der Versicherte sei von März 2009 bis November 2011 als Eisenleger angestellt gewesen. Der AHV-beitragspflichtige Lohn habe Fr. 5'107.-- pro Monat betragen. Das Arbeitsverhältnis sei durch den Versicherten aus gesundheitlichen Gründen aufgelöst worden. Die G.____ teilte am 22. April 2015 mit (IV-act. 13), der Versicherte habe vom 27. Oktober 2014 bis 20. Januar 2015 einen temporären Arbeitseinsatz gehabt. Der Stundenlohn habe Fr. 23.45 brutto betragen. Ab 20. Januar 2015 bis 9. April 2015 sei der Versicherte vollständig arbeitsunfähig gewesen.

A.d. Dr. med. H.____ vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) notierte am 16. Juni 2015 nach der Durchsicht der medizinischen Berichte (IV-act. 15), beim Versicherten könne ein Eingliederungspotential mit einer anfänglich ca. 20-30%igen Arbeitsfähigkeit angenommen werden. Am 4. April 2016 erteilte die IV-Stelle eine Kostengutsprache für ein Belastbarkeitstraining bei der Stiftung I.____ vom 29. März 2016 bis 29. Juni 2016 (IV-act. 34). Nach dessen Durchführung erteilte die IV-Stelle zur weiteren Steigerung der Leistung am 29. Juni 2016 eine Kostengutsprache für ein Aufbaustraining vom 30. Juni 2016 bis 30. September 2016 bei derselben Stiftung (IV-act. 48). Dieses wurde am 5. September 2016 abgebrochen. Gemäss Schlussbericht der Stiftung I.____ (undatiert, IV-act. 69) war der Versicherte zunehmend depressiv geworden; er hatte



grosse Zukunftsängste gehabt und sich nicht einmal mehr auf die Sommerferien gefreut. Vom 13. bis 29. September 2016 war der Versicherte in der J.____ hospitalisiert. Im Austrittsbericht vom 4. Oktober 2016 (IV-act. 74) wurden folgende Diagnosen aufgeführt: Rezidivierende depressive Störung, aktuell mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), Panikstörung seit 2008, aktuell remittiert (ICD-10 F41.0), somatoforme Schmerzstörung mit passageren linksseitigen Schmerzzuständen seit 2008 (ICD-10 F45.4), arterieller Hypertonus und Lumboischialgie. Die Behandlung sei auf Wunsch des Versicherten abgebrochen worden. Er habe beschrieben, dass er sich nicht am richtigen Platz fühle. Der Versicherte habe keine tiefgehende Krankheitseinsicht entwickeln können. Dr. B.____ teilte am 14. November 2016 mit (IV-act. 78), die bisherige Tätigkeit sei dem Versicherten nicht mehr zumutbar. Die RAD-Ärztin Dr. H.____ notierte am 16. Januar 2017 (IV-act. 80), eine bidisziplinäre Begutachtung sei notwendig.

A.e. Der Versicherte wurde am 21. April 2017 durch die Y.____ bidisziplinär (psychiatrisch und orthopädisch) untersucht. Im Gutachten vom 19. Mai 2017 gaben die Sachverständigen als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige bis grenzwertig schwere Episode mit einem somatischen Syndrom mit Episoden in 2008 und 2010, aktuelle Episode seit 2013, chronifiziert (ICD-10 F33.11), an. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie: Chronisches lumbosakrales Schmerzsyndrom ohne Radikulopathie bei muskulärer Dysbalance, Angst/Panikstörung, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F41.0), chronische Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren (ICD-10 F45.41), psychosoziale Probleme mit/bei Problemen in Verbindung mit Ausbildung und Beruf (ICD-10 Z55), Problemen in Verbindung mit Arbeitslosigkeit (ICD-10 Z56), sonstigen belastenden Lebensumständen, die Familie und Haushalt negativ beeinflussen (Krankheit der Ehefrau, ICD-10 Z63.7) sowie (als fachfremde Diagnose) diskrete Hypästhesie im Bereich des linken Klein- und Ringfingers nach operativer Verlagerung des N. ulnaris im Bereich des Sulcus im Jahr 2014 ohne Bewegungseinschränkung. Der psychiatrische Gutachter Prof. Dr. med. K.____ hielt fest (psychiatrisches Teilgutachten vom 25. April 2017, IV-act. 86-38 ff.), der Versicherte lebe zusammen mit seiner Ehefrau und den drei Kindern; sie lebten vom Einkommen der Ehefrau und der Kinder. Der Versicherte habe angegeben, dass er sich



St.Galler Gerichte

nicht mehr wie er selbst fühle. Im Jahr 2010 habe er nach zwei Verkehrsunfällen erstmalig Panikattacken entwickelt. Die Arbeit als Eisenleger habe er aufgeben müssen, nachdem er im Rahmen einer Operation wegen einer Fehllagerung eine Ulnarisschädigung im Bereich des linksdominanten Arms erlitten und seither Schmerzen habe. Er habe gegen das Krankenhaus geklagt und den Prozess verloren. Vor einigen Jahren sei bei seiner Ehefrau ein Hirntumor festgestellt worden. Sie habe viele Kopfschmerzen und es gehe ihr gesundheitlich auch nicht gut. Er habe versucht, wieder in den Arbeitsprozess zu kommen und sei gescheitert. Er habe Ängste entwickelt, mit vielen Menschen zusammenzuarbeiten, und er habe sich sozial zurückgezogen. Beruflich sei er am Ende. Er fühle sich wertlos, begegne anderen Menschen voller Scham und ziehe sich zurück. Er habe keine Freude mehr am Leben und es wäre ihm egal, wenn er sterben müsste. Er habe sich über die Arbeit und den wirtschaftlichen Erfolg definiert und fühle sich nun als Versager. Zu den Schmerzen befragt, habe der Versicherte angegeben, er leide seit vier bis fünf Jahren an dauerhaften Rückenschmerzen und im linken Arm habe er Schmerzen und keine Kraft mehr. Er fühle sich wirtschaftlich bedroht, finde keinen Weg mehr für sich und stelle sich damit selbst in Frage. Er stehe gegen 6.00 Uhr auf. Seit zwei Wochen besuche er die psychiatrische Tagesklinik in L.____ (montags den ganzen Tag, sonst halbtags; der Aufenthalt sei bis zum 2. Mai 2017 geplant). Am Nachmittag unterhalte er sich mit der Tochter oder schaue Fernsehen. Das Nachtessen nehme man gemeinsam ein. Am Abend sitze man zusammen und rede. In Bezug auf den Psychostatus hielt Prof. K.____ fest (IV-act. 86-49 ff.), der Versicherte habe schambesetzt gewirkt und die Befragung sei ihm sichtlich unangenehm gewesen. Seine Mitwirkung sei dennoch tadellos gewesen. Eine Bewusstseinsstörung habe nicht vorgelegen. Das Langzeitgedächtnis sei intakt gewesen. Im zeitlichen Verlauf der ca. vierstündigen bidisziplinären Untersuchung sei es zu einem Abfall der kognitiven Parameter gekommen. Der formale Gedankengang sei im Tempo leicht verzögert gewesen. In Kohärenz und Stringenz sei das Denken auf die schwierige Situation eingeeengt gewesen. Der Versicherte sei nur mässig spürbar gewesen. Die Grundstimmung sei zum negativen Pol verschoben und die Schwingungsfähigkeit sei deutlich verflacht gewesen. Die Freudfähigkeit und die Interessen seien deutlich eingeschränkt, die Psychomotorik sei verlangsamt, der Antrieb sei reduziert und das Selbstwertempfinden sei deutlich reduziert gewesen. Eine Selbstlimitierung habe nicht bestanden. Hinweise auf eine



Persönlichkeitsakzentuierung oder -störung hätten sich nicht gefunden. In der zusammenfassenden Beurteilung gab Prof. K.____ an (IV-act. 86-55 ff.), Hinweise auf Verdeutlichungen, Aggravation oder Simulation hätten sich nicht ergeben. Ab ca. 2008 hätten sich beim Versicherten eine Angst/Panikstörung und eine rezidivierend depressive Störung entwickelt, die sich zwischenzeitlich unter wiederholten psychosozialen Belastungen chronifiziert hätten. Die Ressourcenlage habe sich im Verlauf allmählich verschlechtert. Dabei hätten auch sogenannte IV-fremde Gründe eine Rolle gespielt. Zum einen hätten Probleme im Zusammenhang mit Ausbildung und Beruf bestanden. Der Versicherte sei seit längerer Zeit arbeitslos. Zu seiner psychischen Verfassung hätten jedoch vor allem soziokulturelle Werteorientierungen beigetragen. Die rezidivierende Depression werde deutlich von der Einstellung des Versicherten unterhalten, dass er die Familie als Mann zu ernähren habe und seine Arbeitslosigkeit menschliche Wertlosigkeit bedeute, was in ihm Selbstzweifel, Minderung des Selbstwertgefühls und der Selbstwirksamkeitserwartung hervorgerufen habe. Diese Symptome unterhielten die inzwischen chronifizierte Depression und seien der dominierende Bestandteil der depressiven Störung. In der Untersuchung sei ein weiterhin mittelgradig bis grenzwertig schwer depressiver Versicherter angetroffen worden. Es liege eine dokumentierte rezidivierende depressive Störung mit einem somatischen Syndrom mit Beginn 2008 vor (ICD-10 F33.11). Die Störung bestehe *nicht* in Abhängigkeit der Schmerzverarbeitungsstörung. Die Panikstörung sei unter medikamentöser Therapie aktuell remittiert (ICD-10 F41.0). Die Schmerzverarbeitungsstörung könne bestätigt werden. Beim Nachweis einer Ulnarisläsion links im Sulcusbereich sei von einer chronischen Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren auszugehen (ICD-10 F45.41). Des Weiteren lägen psychosoziale Belastungsfaktoren vor. Eine krankheitsbedingte Unfähigkeit zur Therapieadhärenz liege nicht vor. Die Ergebnisse der Laboruntersuchung liessen Zweifel an der dauerhaften Medikamentencompliance aufkommen. Beim Versicherten liege *ein* IV-relevanter Gesundheitsschaden vor. Aufgrund der rezidivierenden depressiven Störung bestünden folgende Fähigkeitsstörungen: Mittelgradige Einschränkung der Belastbarkeit, der Durchhaltefähigkeit, der Flexibilität und der Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit; Einschränkung der Kontaktfähigkeit und der Selbstbehauptungsfähigkeit. In Bezug auf die Standardindikatoren erklärte Prof. K.____ (IV-act. 86-60), die Teilnahme am sozialen Leben sei vorwiegend durch die Depression



und nicht durch die Schmerzstörung reduziert. Die Schmerzstörung erfahre jedoch durch die komorbide (bereits zuvor bestehende) Angst/Panikstörung und die rezidivierende depressive Störung eine Verstärkung. Bereits im Jahr 2015 sei eine Kinesiophobie erwähnt worden. Zusammenfassend seien die Standardindikatoren "mehrheitlich nicht erfüllt". Es könne davon ausgegangen werden, dass dem Versicherten die Überwindbarkeit der Schmerzen zumutbar sei. Im Weiteren führte er aus, der Versicherte sei aufgrund der genannten Fähigkeitsstörungen in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit und in adaptierten Tätigkeiten zu 50-60% arbeitsunfähig. Hiervon zu subtrahieren seien die sogenannten IV-fremden Faktoren. Da diese Faktoren im IV-Recht eine wichtige Rolle spielten, im bio-psycho-sozialen Krankheitskonzept eines Mediziners jedoch unvermeidbare Kontextfaktoren darstellten, sei es die Aufgabe des Rechtsanwenders, die Grössenordnung dieser Faktoren auf die Arbeitsfähigkeit des Versicherten festzulegen. Die Arbeitsfähigkeitsschätzung gelte seit dem psychosomatischen Aufenthalt in den Kliniken Z.____ im März 2015. Er empfehle eine weiterhin leitliniengerechte Behandlung der psychischen Störungsbilder; eine Verwertung der Restarbeitsfähigkeit würde zur Selbstwertfindung des Versicherten beitragen. Der orthopädische Gutachter Dr. med. M.____ gab an (orthopädisch-traumatologisches Teilgutachten vom 21. April 2017, IV-act. 86-74), der Versicherte habe über eine belastungsabhängige exazerbierte lumbospondylogene Schmerzsymptomatik sowie eine anhaltende Gefühlsstörung im Innervationsgebiet des linksseitigen N. ulnaris geklagt. Im Bereich der LWS habe er eine Schmerzintensität mit einem Punktwert von VAS 10 angegeben. Auf den Hinweis, wonach dieser Wert einer akuten Amputationsverletzung gleichzusetzen sei, habe er darauf beharrt, gegenwärtig eine Schmerzintensität von VAS 10 zu verspüren. Dr. M.____ erklärte (IV-act. 86-108 f.), nach einem eingehenden Studium der Aktenlage und der Bildgebung sowie insbesondere anhand der klinischen Untersuchungsbefunde gehe er mit den Untersuchungsbefunden und den hieraus abgeleiteten diagnostischen Feststellungen sowie der versicherungsmedizinischen Einschätzung der kurativen Kollegen aus dem Spital E.____ und den Z.____ einig. Der Versicherte habe sich gemäss seinen Angaben seit dem Aufenthalt in den Z.____ nicht mehr bei einem Orthopäden, Rheumatologen oder Chirurgen vorgestellt. Physio-, ergo- oder balneotherapeutische Massnahmen führe er seit einigen Monaten nicht mehr durch. Er habe jedoch angegeben, regelmässig zu Hause die ihm vermittelten Übungen zur Stärkung der



Rumpfmuskulatur durchzuführen. Die subjektive Selbsteinschätzung sowie die vom Versicherten genannte aktuelle Schmerzintensität von VAS 10 im Bereich der LWS könne mit den klinischen und radiologischen Untersuchungsbefunden sowie dem spontanen Verhalten im Rahmen der Begutachtung nicht in Einklang gebracht werden. Nach einer retrospektiven Betrachtung der Aktenlage, der Bildgebung und insbesondere der klinischen Untersuchungsbefunde könne für die vom Versicherten im Bereich der LWS beklagten Beschwerden weder klinisch noch radiologisch ein adäquates anatomisch-morphologisches Korrelat objektiviert werden. In den einzelnen durchgeführten Testverfahren habe sich eine durchgehende Konsistenz der Untersuchungsbefunde ohne massgebliche Bewegungseinschränkung der einzelnen Gelenke und der Wirbelsäule ergeben. Hinsichtlich der linken Hand habe der Versicherte eine verbliebene Hypästhesie im Bereich des linken Klein- und Ringfingers beklagt. Ein Bewegungsdefizit oder eine Minderung der Muskulatur im Innervationsgebiet des linken N. ulnaris habe sich indessen nicht gezeigt. Aus orthopädisch-versicherungsmedizinischer Sicht hätten seit der Antragstellung und anhaltend zu keinem Zeitpunkt gesicherte orthopädisch-chirurgische Störungsbilder mit handicapierenden Auswirkungen vorgelegen, welche die Arbeitsfähigkeit des Versicherten in zuletzt ausgeübter Tätigkeit sowie in adaptierten Tätigkeiten um mehr als 20% einschränken würden. Gründe, die gegen eine Wiedereingliederung sprächen, lägen nicht vor. In der bisdisziplinären Zusammenfassung der Arbeitsfähigkeit (IV-act. 86-3) gaben Prof. K.____ und Dr. M.____ die in den beiden Teilgutachten festgehaltenen Arbeitsfähigkeitsschätzungen wieder und hielten fest, die psychiatrische Arbeitsfähigkeitsschätzung sei führend.

A.f. Die RAD-Ärztin Dr. H.____ notierte am 24. Mai 2017 im Wesentlichen (IV-act. 87), Prof. K.____ habe nachvollziehbar die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung gestellt und begründet, sodass diese als eigenständige Einheit, unabhängig von den Entstehungsbedingungen vorliegend, zu betrachten sei.

A.g. Am 7. September 2017 erteilte die IV-Stelle dem Versicherten eine Kostengutsprache für eine berufliche Abklärung bei der N.____ vom 11. September 2017 bis 10. Dezember 2017 (IV-act. 102), um ihn beim Wiedereinstieg in den ersten Arbeitsmarkt zu unterstützen (IV-act. 100). Gemäss dem Schlussbericht der N.____ vom 8. Dezember 2017 (IV-act. 126) betrug das Arbeitspensum des Versicherten 50% bei



einer Arbeitsleistung von ca. 40%. Der Versicherte wies praktisch keine Absenzen auf. Aufgrund der gesundheitlichen Situation wirkte er schnell gereizt und hatte keine Geduld. Die Leistungsfähigkeit konnte nicht gesteigert werden, eher hatte sich die gesundheitliche Situation verschlechtert. Eine Arbeitsfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt wurde nicht gesehen. Am 29. Dezember 2017 teilte die IV-Stelle mit (IV-act. 129), die beruflichen Eingliederungsmassnahmen würden abgeschlossen.

A.h. Dr. B.____ berichtete am 12. Februar 2018 (IV-act. 134), der Gesundheitszustand des Versicherten habe sich seit Mai 2017 mit mehreren Panikattacken verschlechtert. Im Dezember habe er an zunehmenden Kopfschmerzen, Schwindel, Tinnitus, depressiver Verstimmung, Schweissausbrüchen, Nervosität, Tremor, Angst, innerer Unruhe, Müdigkeit und Hypersomnie (er habe nach der Arbeit zwei bis drei Stunden geschlafen) gelitten. Aktuell bestünden eine deutlich depressive Stimmungslage, eine Müdigkeit, ein sehr reduzierter Antrieb und eine sehr reduzierte Gestik und Mimik. Der Versicherte sei nicht schwingungsfähig, fühle sich lustlos, freudlos, sei wenig belastbar und reagiere mit Schmerzen. Er möchte unbedingt wieder arbeiten. Ihres Erachtens wäre dies nur in einem geschützten Rahmen zu maximal 50% möglich. Der Versicherte sei wenig belastbar und reagiere auf kleine Belastungen mit einer Verschlechterung der depressiven Symptome und mit Schmerzen. Falls sich sein Zustand nicht verbessere, werde eine stationäre Behandlung erfolgen. Die RAD-Ärztin Dr. H.____ notierte am 19. März 2018 (IV-act. 142), eine psychiatrische Verlaufsbeurteilung sei erforderlich.

A.i. Am 7. Juni 2018 wurde der Versicherte von Prof. K.____ psychiatrisch untersucht. Im Gutachten vom 21. Juni 2018 gab Prof. K.____ an, er habe folgende Diagnosen mit/ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit erhoben (IV-act. 148-77): Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom, beginnend chronifiziert (ICD-10 F33.11) mit/bei chronischer Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41), Angst/Panikstörung (ICD-10 F41.0) und multiplen psychosozialen Faktoren: Probleme in Verbindung mit Berufstätigkeit und Arbeitslosigkeit (ICD-10 Z56), Probleme in Verbindung mit Ausbildung und Bildung (ICD-10 Z55), Anpassungsprobleme bei veränderten Lebensumständen (Krankheit der Ehefrau, ICD-10 Z60.0) sowie vor allem Schwierigkeiten bei der kulturellen Eingewöhnung (überdauernde südosteuropäische Wertevorstellungen, unzureichende Kenntnisse der deutschen Sprache, unzureichende gesellschaftliche Assimilation mit



St.Galler Gerichte

der schweizerischen Bevölkerung). Prof. K.____ führte aus (IV-act. 148-54 ff.), der Versicherte habe berichtet, bis auf eine Wut sei er ohne jegliche Gefühle. Er habe eine starke Wut auf die Ärzte, die ihn krank operiert hätten. Er habe eine Wut, dass er nicht mehr arbeiten könne. Diese Wut richte sich nun nach innen und er werde dann depressiv. Seit dem letzten Jahr sei "alles schlimmer geworden". Er habe weiterhin keine Arbeit. Er habe keine Lust mehr zu leben und keine Freude mehr am Leben. Er habe kein Lebensziel mehr. Er habe zahlreiche körperliche Probleme. Auch sehe er nicht mehr richtig. Neu hinzugetreten seien Probleme mit dem Bauch. Er fühle sich wertlos und begegne anderen Menschen voller Scham. Er wolle allein sein. Er habe sich über die Arbeit und den wirtschaftlichen Erfolg definiert. Nun fühle er sich als Versager. Er sei gegenüber anderen Menschen sehr impulsiv und aggressiv geworden. Eigentlich sei er nicht so. Die Schmerzen im Arm und im lumbalen Rücken würden ansteigen, wenn er sehr wütend sei. Er sei am Ende seiner Kräfte, er könne nicht mehr arbeiten. Die berufliche Wiedereingliederung sei wegen den psychischen Problemen gescheitert. Er habe es versucht und erkannt, dass er nicht mehr zur Arbeit taugte. Er habe keine Ressourcen mehr. Am Morgen stehe er gegen 7.00 Uhr auf und trinke einen Kaffee. Am Vormittag schaue er Fernsehen. Um 12.00 Uhr komme die Tochter aus der Schule. Die Ehefrau koche das Mittagessen, welches man gemeinsam einnehme. Er helfe beim Aufräumen der Küche. Die Ehefrau beginne um 14.00 Uhr zu arbeiten. Er schaue wieder Fernsehen. Zum Nachtessen mache er für die Familie etwas Einfaches. Am Abend gehe er mit der Tochter ca. 30 bis 60 Minuten spazieren. Hernach schaue er wieder Fernsehen. Zum Schlafen müsse er Temesta einnehmen. Einmal pro Monat gehe er zu Dr. B.____. Wenn es ihm schlechter gehe, telefoniere er auch mit ihr. Prof. K.____ hielt fest (IV-act. 148-69), der Versicherte habe immer wieder betont, dass man ihn "kaputtoperiert" habe. Er sehe sich als Opfer der Ärzte. Es hätten sich Hinweise auf Verdeutlichungen, jedoch nicht auf eine Aggravation oder Simulation ergeben. Der Versicherte verharre in einer soziokulturell geprägten passiv-regressiven Opferhaltung. In Bezug auf den Psychostatus erklärte Prof. K.____ insbesondere (IV-act. 148-73), klinisch hätten sich keine Hinweise auf eine prä-morbide Persönlichkeitsakzentuierung oder -störung gefunden. Dennoch seien die Ich-Strukturen aufgeweicht gewesen, wobei durch die Erkrankung, den Verlust der Arbeit und die subjektive berufliche Perspektivlosigkeit eine deutliche Selbstwertproblematik des Versicherten bei einem narzisstischen Kränkungsleben im Vordergrund



gestanden sei. Dies sei dadurch hervorgerufen worden, dass sich der Versicherte einerseits über die Arbeit und den wirtschaftlichen Erfolg als Mensch und andererseits durch die südosteuropäische Wertevorstellung definiere. Der Versicherte habe sich stark in die Kranken- und Opferrolle zurückgezogen. Der Verlust der Rolle des Ernährers habe zum Einbruch seines Selbstwerts geführt. Diese Rollenkonflikte hätten innerpsychisch einen depressiven Affekt mit aversiven Verbitterungsgefühlen verursacht. Die Impulssteuerung sei auch betroffen gewesen. Er externalisiere zum Teil, indem er die Ärzte anklage. Das Scheitern zahlreicher Wiedereingliederungsbemühungen und das Fehlen einer beruflichen Zukunftsperspektive hätten inzwischen eine Hoffnungslosigkeit in ihm bewirkt und die Depressivität unterhalten. Die Selbstwahrnehmung sei abwertend und die Fremdwahrnehmung anklagend gewesen. Die Realitätsbeurteilung werde aus starken, überkommenen südosteuropäischen Wertevorstellungen gespiesen, ohne welche die Selbstwertproblematik mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht in dem Ausprägungsgrad vorhanden und damit die Depressivität nicht in dieser Stärke ausgeprägt gewesen wäre. Im Vergleich zur Voruntersuchung im 2017 habe der Versicherte eine zunehmende Hoffnungslosigkeit angegeben bei einer Minderung der Selbstwirksamkeitserwartung und einer reaktiven Fixierung der depressiven Affektlage. Der Versicherte habe passive Todeswünsche im Rahmen seines soziokulturell verstärkten Insuffizienzerlebens geäußert. Gesamthaft sei das psychiatrische Störungsbild im Verlauf leichtgradig verschlechtert gewesen, habe jedoch nicht den Schweregrad einer schweren depressiven Störung erreicht. Unverändert hätten eine Angst/Panikstörung (ICD-10 F41.0) und eine chronische Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren (ICD-10 F45.41) bestanden. In der zusammenfassenden Beurteilung hielt Prof. K. ___ unter anderem fest (IV-act. 148-78 ff.), die Gesamtressourcenlage des Versicherten sei sehr begrenzt. Die psychodynamische Lösung des Zustands bedinge einen zunehmenden Rückzug des Versicherten in die Kranken- und Opferrolle, die ihm eine gewisse Gesichtswahrung ermögliche. Aus gutachterlicher Sicht sei davon auszugehen, dass das vorliegende Störungsbild in einem erheblichen Mass durch die geschilderten soziokulturellen und mit dem Störungsbild negativ interferierenden psychosozialen Faktoren nicht nur unterhalten werde, sondern sogar eine Verstärkung erfahre. Auch das Copingverhalten des Versicherten werde dadurch in einem erheblichen Mass geprägt. Ohne die



beschriebenen südosteuropäisch soziokulturell geprägten Wertevorstellungen und die psychosozialen Belastungsfaktoren würde das psychopathologische Bild mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht oder nur in einem wesentlich schwächeren Ausprägungsgrad bestehen. Trotz der anhaltenden psychiatrischen Behandlung sei es zu keiner nachhaltigen Verbesserung des psychiatrischen Störungsbilds gekommen. Dies sei den vorgenannten psychodynamischen Hintergründen geschuldet, die durch medikamentöse Massnahmen nur allfällig geringfügig beeinflussbar seien. Beim Versicherten bestünden aufgrund der rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradig bis grenzwertig schwer, folgende handicapierende Fähigkeitsstörungen: Mittelgradig bis beginnend schwere Einschränkung der Belastbarkeit, der Durchhaltefähigkeit, der Flexibilität und der Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit. Die Kontakt- und die Selbstbehauptungsfähigkeit seien ebenfalls eingeschränkt. Hingegen würden die Angst/Panikstörung und die chronische Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren zu keiner objektivierbaren Einschränkung der mittel- und langfristigen Arbeitsfähigkeit führen. Allerdings könnten sich dadurch kurzfristige Arbeitsausfälle oder eine vorübergehende leichte Arbeitstempoverlangsamung ergeben. Aufgrund der mittelgradig depressiven Symptomatik sei die Arbeitsfähigkeit des Versicherten in der zuletzt ausgeübten und in adaptierten Tätigkeiten bei einer Verminderung der Belastbarkeit und der Durchhaltefähigkeit aus rein medizinischer Sicht ab der Antragstellung bis Anfang Mai 2017 zu 50-60% eingeschränkt gewesen. Seit ca. Mai 2017 sei eine leichtgradige Verschlechterung eingetreten, die noch eine 40%ige Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten und in adaptierten Tätigkeiten ermögliche. Das psychopathologische Störungsbild werde jedoch von multiplen psychosozialen und soziokulturellen Faktoren dominiert. Ohne die beschriebenen südosteuropäisch soziokulturell geprägten Wertevorstellungen und die psychosozialen Belastungsfaktoren würde das psychopathologische Bild mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht oder nur in wesentlich schwächerem Ausprägungsgrad bestehen und vermutlich keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit des Versicherten haben.

A.J. Die RAD-Ärztin Dr. H.____ notierte am 10. Juli 2018 (IV-act. 152), das Verlaufsgutachten sei ausführlich, in sich schlüssig und nachvollziehbar. Darauf könne abgestellt werden. Eine interdisziplinäre Fallbesprechung vom 28. August 2018 ergab,



dass eine Indikatorenprüfung aus IV-rechtlicher Sicht durchzuführen sei (IV-act. 153). Ein Mitarbeitender des Rechtsdienstes der IV-Stelle notierte am 3. September 2018 im Wesentlichen (IV-act. 156), aus somatischer Sicht vermöge die Attestierung einer 20%igen Arbeitsunfähigkeit nicht zu überzeugen, da kein organisches Korrelat bestehe, mit dem die angegebenen Beschwerden hinreichend zu erklären wären. Mangels relevanter organischer Befunde lasse sich keine quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen. Zu beurteilen blieben die funktionellen Auswirkungen der psychischen Erkrankung. Die Akten liessen deutlich erkennen, dass sich die psychische Störung im Zusammenhang mit den somatischen Problemen entwickelt habe und dass eine starke subjektive Krankheitsüberzeugung im Vordergrund stehe. Zudem wirkten sich psychosoziale Faktoren wie Arbeitslosigkeit, fehlende Berufsausbildung, Niederlage im Prozess gegen das Spital, schlechte Deutschkenntnisse, kulturelle Anpassungsprobleme, fehlende Integration, Krankheit der Ehefrau und als soziokultureller Aspekt südosteuropäische Wertevorstellungen negativ auf den Gesundheitszustand des Versicherten aus. Der psychiatrische Gutachter habe dargelegt, ohne die beschriebenen südosteuropäischen Wertevorstellungen und die psychosozialen Belastungsfaktoren würde das psychopathologische Bild mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht oder nur in wesentlich schwächerem Ausprägungsgrad bestehen. In Anbetracht dessen könne das psychische Leiden – losgelöst von den invaliditätsfremden psychosozialen Faktoren – nicht als schwer qualifiziert werden. Gegen eine Behandlungsresistenz und einen erheblichen Leidensdruck sprächen die niedrige Frequenz der ambulanten Behandlung und der Umstand, dass sich der Versicherte im März 2015 nicht auf eine stationäre Behandlung in der Klinik C.____ eingelassen habe. Auch wenn die Prognose aufgrund des chronischen Verlaufs und der aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht unbeachtlichen subjektiven Krankheitsüberzeugung als ungünstig zu bezeichnen sei, könne unter den genannten Umständen nicht von einem definitiven Scheitern der psychiatrischen Behandlung gesprochen werden. Bezüglich Eingliederung sei festzuhalten, dass der Versicherte im Rahmen der beruflichen Abklärung vom 11. September 2017 bis 10. Dezember 2017 eine von den gesundheitlichen Problemen beeinflusste niedrige Arbeitsleistung gezeigt habe. Beim Indikator "Komorbidität" sei zu beachten, dass sich aus den psychiatrischen Expertisen keine Hinweise darauf ergäben, dass die Wirkung der im Vordergrund stehenden depressiven Störung durch



das Zusammenwirken mit der chronischen Schmerzstörung und der Angst/Panikstörung besonders akzentuiert würde. Die körperlichen Beeinträchtigungen wirkten sich aus somatischer Sicht zwar qualitativ aus, schränkten die Arbeitsfähigkeit aber nicht ein und hätten somit keine ressourcenhemmende Wirkung. Im Komplex "Persönlichkeit" seien keine einschränkenden Faktoren ersichtlich. Der soziale Kontext zeige einen Versicherten, der mit seiner Ehefrau und den drei Kindern zusammenlebe. Der Versicherte pflege gute Beziehungen zu seinen am selben Wohnort lebenden drei Geschwistern und er habe auch Freunde und Kollegen erwähnt. Im Haushalt unterstütze er seine Ehefrau nur wenig und als einzige Aktivität habe er angegeben, abends mit einer Tochter spazieren zu gehen. Insofern ergäben sich aus dem sozialen Kontext keine negativen, sondern aufgrund des guten sozialen Netzwerks tendenziell eher positive Auswirkungen auf das Ressourcenpotential. Hinsichtlich der "Konsistenz" falle eine erhebliche Verdeutlichung auf, indem der Versicherte bei der orthopädischen Begutachtung angegeben habe, im Bereich der LWS eine anhaltende Schmerzintensität von VAS 10 zu verspüren, ohne dass hierzu ein adäquates Korrelat bestanden habe. In Diskrepanz zur subjektiven Schmerzwahrnehmung stehe, dass der Versicherte nach eigenen Angaben seit einigen Monaten die von den somatischen Fachärzten zur Linderung der Beschwerden empfohlenen therapeutischen Massnahmen (Physio- und Ergotherapie, Balneotherapie) nicht wahrnehme. Im Rahmen der ersten Begutachtung habe der psychiatrische Gutachter Zweifel an der Medikamentencompliance geäussert. Nebst diesen augenfälligen Diskrepanzen und Inkonsistenzen sei die Tatsache zu berücksichtigen, dass die fehlende Ausschöpfung der Behandlungsoptionen auf einen nicht allzu grossen Leidensdruck schliessen lasse. In der Gesamtbetrachtung liege kein stimmiges Grundbild vor, das auf eine therapeutisch nicht angehbare erhebliche funktionelle Behinderung schliessen lasse. Damit sei eine ressourcenhemmende Wirkung des insgesamt nicht als schwer zu qualifizierenden psychischen Leidens, soweit es nicht den geschilderten sozialen Problemen zuzuschreiben und als Folge der somatischen Leiden aufzufassen sei, beweismässig nicht hinreichend erstellt. Die Folgen der Beweislosigkeit habe die versicherte Person zu tragen. Zusammengefasst könne aus den dargelegten Gründen der gutachterlich attestierten Arbeitsunfähigkeit von 50-60% (bidisziplinäres Gutachten) bzw. 60% (psychiatrisches Verlaufsgutachten) aus rechtlicher Sicht nicht gefolgt



werden. Mangels eines invalidenversicherungsrechtlich relevanten Gesundheitsschadens bestehe kein Rentenanspruch.

A.k. Mit einem Vorbescheid vom 4. September 2018 kündigte die IV-Stelle dem Versicherten die Abweisung des Begehrens um eine Invalidenrente an (IV-act. 159). Zur Begründung gab sie die Ausführungen des Rechtsdienstmitarbeitenden vom Vortag wieder. Sie führte weiter aus, in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Eisenleger habe der Versicherte ein Jahreseinkommen von Fr. 67'717.-- erzielt. Da kein relevanter Gesundheitsschaden vorliege, sei das Erwirtschaften eines Jahreseinkommens in dieser Höhe weiterhin zumutbar. Der Invaliditätsgrad betrage damit 0%. Der Versicherte erhob dagegen keinen Einwand. Mit einer Verfügung vom 22. Oktober 2018 wies die IV-Stelle das Rentenbegehren ab (IV-act. 163).

B.

B.a. Der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer) erhob am 22. November 2018 eine Beschwerde gegen die Verfügung vom 22. Oktober 2018 (act. G. 1). Er beantragte die Aufhebung der angefochtenen Verfügung und die Zusprache einer ganzen Invalidenrente ab dem 1. September 2015. Eventualiter sei die Angelegenheit zur Vornahme weiterer Abklärungen, insbesondere zur Durchführung eines polydisziplinären Gutachtens, an die IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) zurückzuweisen. Zur Begründung machte er im Wesentlichen geltend, der orthopädische Gutachter habe festgestellt, es lägen keine Störungsbilder vor, die eine Arbeitsunfähigkeit von *über 20%* nachzuweisen vermöge. Er habe also, wenn auch etwas vage begründet, eine Arbeitsunfähigkeit von 20% festgestellt. Die Beschwerdegegnerin habe diesen Umstand erwähnt. Sie wäre gehalten gewesen, durch eine Rückfrage an den Gutachter die medizinischen Unklarheiten zu beseitigen. Auffallend sei, dass im psychiatrischen Gutachten wiederholt der grosse Einfluss der psychosozialen Faktoren auf die Erkrankung betont worden sei. Auch auf einer der letzten Seite des Verlaufsgutachtens sei nochmals fett markiert festgehalten worden, dass das psychopathologische Störungsbild von psychosozialen und soziokulturellen Faktoren dominiert werde. Diese Darstellung und die häufigen Kommentare betreffend die IV-fremden Faktoren begründeten ernsthafte Zweifel an der Unparteilichkeit von Prof. K.____. Die depressive Störung sei inzwischen chronifiziert und dadurch als



verselbstständigte psychische Krankheit mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu betrachten. Er leide an jahrelangen Schmerzen im Bereich der unteren Lendenwirbelsäule und im linken Unterarm mit einer Kraftminderung und einem Zittern der linken Hand. Das diagnostizierte lumbosakrale Schmerzsyndrom ohne Radikulopathie bei muskulärer Dysbalance sei nicht näher erläutert worden. Was die Beschwerdegegnerin zur Behandlungsresistenz und zum Leidensdruck festgehalten habe, sei unzutreffend. Er sei immer wieder offen gewesen für Eingliederungs- und Integrationsmassnahmen. Trotz seiner Kooperation hätten die Arbeitsversuche nach einer gewissen Zeit abgebrochen werden müssen. Dies habe die Beschwerdegegnerin ausser Acht gelassen, obwohl eine misslungene Eingliederung für die Prüfung einer allfälligen Invalidität bedeutsam sein könne. Aus den Akten gehe hervor, dass die verschiedenen Therapien und stationären Aufenthalte nicht zu einer wesentlichen Verbesserung des psychischen Gesundheitszustands geführt hätten. Insofern sei von einer Behandlungsresistenz auszugehen. Unzutreffend sei, dass er sich gewissen Therapien widersetze. Darüber hinaus lehne das Bundesgericht die Therapierbarkeit bei Depressionen als entscheidendes Kriterium, ob einer psychischen Beeinträchtigung invalidisierender Charakter zukomme, ab (BGE 127 V 294, E. 4b.aa). Nur schon aus psychiatrischer Sicht liege eine Arbeitsunfähigkeit von 60% vor. Beim Valideneinkommen sei an den zuletzt erzielten und der Nominallohnentwicklung angepassten Lohn von Fr. 69'259.-- anzuknüpfen. Beim Invalideneinkommen sei auf den Tabellenlohn, TA 1, Niveau 1, von Fr. 63'744.-- abzustellen. Im Weiteren sei ein "Leidensabzug" von 20% vorzunehmen. Bei einem Minderverdienst von Fr. 48'861.-- resultiere ein Invaliditätsgrad von 70%. Am 14. Januar 2019 reichte der Beschwerdeführer eine Beschwerdeergänzung ein (act. G 3). Er hielt an den gestellten Anträgen fest. Ergänzend brachte er vor, die Beschwerdegegnerin betone angebliche invaliditätsfremde psychosoziale Faktoren. Ihr Fokus gehe am finalen Charakter der Invalidenversicherung vorbei. Letztere frage bei der Leistungsprüfung nicht nach Art und Ursache eines die Erwerbsunfähigkeit verursachenden Gesundheitsschadens. Selbst eine Erwerbsunfähigkeit, deren psychogene krankhafte Grundlage unter Umständen auch durch eine soziokulturelle Überforderung verursacht worden sei, falle in den Geltungsbereich der Invalidenversicherung, vorausgesetzt es handle sich um ein verselbstständigtes psychisches Leiden. Die Beschwerdegegnerin versuche unter Heranziehung des Indikatorenkatalogs Indizien zu konstruieren, welche gegen eine



langandauernde und erhebliche gesundheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit sprächen. Aktenwidrig sei die Behauptung, die psychische Störung habe sich im Zusammenhang mit den somatischen Problemen entwickelt oder gar, dass eine starke subjektive Krankheitsüberzeugung im Vordergrund stehe. Im Ursprung stehe eine zwischenzeitlich erfolgreich behandelte Panikstörung. Aktenwidrig sei weiter die Behauptung, die Frequenz der ambulanten Behandlung sei niedrig. Er erhalte seine Tagesstruktur durch die psychiatrische Tagesklinik, wo er sich täglich aufhalte (vgl. Ziff. 2.3 des psychiatrischen Teilgutachtens). Nicht nachvollziehbar sei, weshalb keine Berichte der Tagesklinik in L.____ eingeholt worden seien. Die Gutachter seien davon ausgegangen, dass eine Behandlung zur Selbstwertfindung beitragen und sich der Gesundheitszustand allenfalls verbessern könne. Von der Erlangung einer vollständigen Arbeitsfähigkeit durch angepasste Therapien sei jedoch nicht die Rede.

B.b. Die Beschwerdegegnerin beantragte am 7. März 2019 die Abweisung der Beschwerde (act. G 6). Zur Begründung gab sie im Wesentlichen die Stellungnahme des Rechtsdienstmitarbeitenden vom 3. September 2018 wieder. Ergänzend machte sie geltend, soweit soziale Belastungen direkt negative funktionelle Folgen zeitigten, blieben sie ausgeklammert (BGE 141 V 281, E. 4.3.3). Der psychiatrische Gutachter habe in diesem Zusammenhang erläutert, ohne die psychosozialen Belastungsfaktoren würde das psychopathologische Bild mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht oder nur in wesentlich schwächerem Ausprägungsgrad bestehen und vermutlich keinen Einfluss auf die mittel- und langfristige Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers haben. Daraus sei zu schliessen, dass es sich nicht um ein verselbstständigtes psychisches Leiden handle. Es sei somit von einer eher geringen Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome auszugehen.

B.c. Der Beschwerdeführer machte in der Replik vom 8. April 2019 im Wesentlichen ergänzend geltend (act. G 8), allfällige soziokulturelle Faktoren spielten indirekt eine Rolle, indem sich diese auf das Selbstwertempfinden und die Selbstwirksamkeitserwartung auswirkten und die Depression unterhalten würden. Dass er an einer verselbständigten Erkrankung leide, bestätige nicht nur das psychiatrische Teilgutachten, sondern gehe auch aus den übrigen psychiatrischen Berichten hervor.

B.d. Die Beschwerdegegnerin verzichtete am 12. April 2019 auf eine Duplik (act. G 10).



Erwägungen

1.

Die Beschwerdegegnerin hat mit der angefochtenen Verfügung vom 22. Oktober 2018 einen Rentenanspruch des Beschwerdeführers bei einem Invaliditätsgrad von 0% verneint. Strittig ist somit, ob der Beschwerdeführer einen Anspruch auf eine Invalidenrente hat.

2.

2.1. Einen Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung haben Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können, während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid sind (Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG, SR 831.20). Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG, SR 830.1). Erwerbsunfähigkeit ist der durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG).

2.2. Gemäss Art. 28a Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 16 ATSG ist die Invalidität grundsätzlich durch einen Einkommensvergleich zu ermitteln. Dabei wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (zumutbares Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Einkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen).

3.

3.1. Um das zumutbare Invalideneinkommen ermitteln zu können, muss der verbliebene Arbeitsfähigkeitsgrad des Beschwerdeführers mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit feststehen. Die Beschwerdegegnerin hat dazu im Jahr 2017 die X.____ mit der Erstellung eines bidisziplinären Gutachtens (psychiatrisch



St.Galler Gerichte

und orthopädisch) und im Jahr 2018 Prof. K.____ mit der Erstellung eines psychiatrischen Verlaufsgutachten beauftragt. Strittig und im Folgenden zu prüfen ist, ob den beiden Gutachten voller Beweiswert zukommt, das heisst, ob es die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit belegt.

3.2. Ein Gutachten hat vollen Beweiswert, wenn es für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie der medizinischen Situation einleuchtet und die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a). Notwendig ist zudem, dass der psychiatrische Gutachter die vom Bundesgericht in Bezug auf anhaltende somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden aufgestellten und später auf alle psychischen Erkrankungen, insbesondere auf leichte bis mittelschwere depressive Störungen, anwendbar erklärten Standardindikatoren berücksichtigt hat (vgl. BGE 141 V 281; 143 V 409 und 143 V 418).

3.3. Der orthopädische Sachverständige Dr. M.____ hat den Beschwerdeführer im Rahmen der bidisziplinären Begutachtung vom 21. April 2017 persönlich untersucht und die subjektiven Klagen aufgenommen. Er hat die objektiven Befunde wiedergegeben, umfassende Kenntnis von den Vorakten gehabt und diese gewürdigt. Insbesondere hat er festgehalten, dass sich in den einzelnen durchgeführten Testverfahren eine durchgehende Konsistenz der Untersuchungsbefunde ohne eine massgebliche Bewegungseinschränkung der einzelnen Gelenke und der Wirbelsäule ergeben habe. Der Beschwerdeführer hat also ein konsistentes Verhalten gezeigt (vgl. als anschauliches Beispiel IV-act. 86-88, wonach Dr. M.____ dem Beschwerdeführer im Rahmen der Untersuchung der Halswirbelsäule die rechte Hand ohne eine zusätzliche Gewichtsausübung auf den Kopf gelegt und ihn gebeten hat, nochmals eine beidseitige Kopffrotation sowie eine Kopfvor- und -rückneigung durchzuführen; auf die Nachfrage, ob diese zusätzliche axiale Gewichtsbelastung von ca. drei Kilogramm zu einer zusätzlichen Schmerzzunahme geführt habe, ist dies seitens des Beschwerdeführers verneint worden; dieser sogenannte Waddell'sche Stauchungstest ist also regelrecht ausgefallen und hat nicht auf eine bewusstseinsnahe Verdeutlichungstendenz hingewiesen). Die einzige Auffälligkeit ist die Angabe des Beschwerdeführers betreffend eine Schmerzintensität von VAS 10 im Bereich der Lendenwirbelsäule gewesen. Dr. M.____ hat dazu festgehalten, diese Angabe sowie die subjektive Selbsteinschätzung könnten mit den klinischen und radiologischen



Untersuchungsbefunden sowie dem spontanen Verhalten des Beschwerdeführers im Rahmen der Begutachtung nicht in Einklang gebracht werden. Er ist zum Ergebnis gelangt, dass für die vom Beschwerdeführer im Bereich der LWS beklagten Beschwerden weder klinisch noch radiologisch ein adäquates anatomisch-morphologisches Korrelat objektiviert werden könne. Gestützt darauf hat er als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches lumbosakrales Schmerzsyndrom ohne Radikulopathie bei einer muskulären Dysbalance genannt. Er hat die Angaben des Beschwerdeführers somit nicht als Inkonsistenz gewertet, sondern in die Diagnosestellung einbezogen. In Bezug auf die vom Beschwerdeführer beklagten Beschwerden am linken Arm hat Dr. M.____ festgehalten, ein Bewegungsdefizit oder eine Minderung der Muskulatur im Innervationsgebiet des linken N. ulnaris habe sich nicht gezeigt. Er hat eine diskrete Hypästhesie im Bereich des linken Klein- und Ringfingers nach einer operativen Verlagerung des N. ulnaris im Bereich des Sulcus im Jahr 2014 ohne Bewegungseinschränkungen diagnostiziert. Die Erhebung der Befunde und die gestützt darauf gestellten Diagnosen sind schlüssig und nachvollziehbar. In Bezug auf die Arbeitsfähigkeitsschätzung ist festzuhalten, dass diese unklar ausgefallen ist: Die Angabe, aus orthopädisch-versicherungsmedizinischer Sicht hätten seit der Antragstellung und anhaltend zu keinem Zeitpunkt gesicherte orthopädisch-chirurgische Störungsbilder mit handicapierenden Auswirkungen vorgelegen, welche die Arbeitsfähigkeit des Versicherten in zuletzt ausgeübter Tätigkeit sowie in adaptierten Tätigkeiten *um mehr als 20% einschränkten*, beinhaltet sowohl in sich (keine Störungsbilder mit handicapierenden Auswirkungen) als auch angesichts der gestellten Diagnosen (Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) einen Widerspruch. Diese Angabe beruht möglicherweise auf einem Irrtum von Dr. M.____, wonach nur eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 20% invalidenversicherungsrechtlich relevant sei, da bei der Einholung von Hausarztberichten jeweils danach gefragt wird, ob eine Arbeitsunfähigkeit von mehr als 20% vorliege. Dies wiederum lässt sich nur damit erklären, dass für einen Umschulungsanspruch ein Invaliditätsgrad von circa 20% vorliegen muss. In einem Verfahren betreffend einen Rentenanspruch kommt einem "Grenzwert" einer 20%igen Arbeitsunfähigkeit aber keine Bedeutung zu. Deshalb ist davon auszugehen, dass Dr. M.____ nur gemeint haben kann, die Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers betrage weniger als 20%, nämlich 0%.

3.4.

3.4.1. Der psychiatrische Gutachter Prof. K.____ hat den Beschwerdeführer im Rahmen der bidisziplinären Begutachtung vom 21. April 2017 und der psychiatrischen



Verlaufsbeurteilung vom 7. Juni 2018 ebenfalls persönlich untersucht, die subjektiven Klagen aufgenommen und die objektiven Befunde wiedergegeben. Von den Vorakten hat er umfassende Kenntnis gehabt. Er hat diese allerdings nicht explizit gewürdigt, sondern lediglich zitiert (IV-act. 86-56 f., 148-74 ff.). Im psychiatrischen Teilgutachten vom 25. April 2017 hat Prof. K.____ insbesondere aufgezeigt, dass er mehrere Symptome einer mittelgradigen bis grenzwertig schweren depressiven Episode hat feststellen können. So hat er erklärt, der Beschwerdeführer sei nur mässig spürbar gewesen, die Grundstimmung sei zum negativen Pol verschoben und die Schwingungsfähigkeit sei deutlich verflacht gewesen. Die Freudfähigkeit und die Interessen seien deutlich eingeschränkt, die Psychomotorik sei verlangsamt, der Antrieb sei reduziert und das Selbstwertempfinden sei deutlich reduziert gewesen. Des Weiteren hat Prof. K.____ das Bestehen einer Schmerzverarbeitungsstörung bestätigt und er hat erklärt, dass die Panikattacken unter der medikamentösen Therapie aktuell remittiert seien. Schliesslich hat er das Bestehen von psychosozialen Belastungsfaktoren (längere Arbeitslosigkeit, Krankheit der Ehefrau) sowie von soziokulturellen Wertorientierungen (Einstellung des Beschwerdeführers, dass er als Mann die Familie zu ernähren habe und dass die Arbeitslosigkeit menschliche Wertlosigkeit bedeute, was in ihm Selbstzweifel, Minderung des Selbstwertgefühls und der Selbstwirksamkeitserwartung hervorgerufen habe) festgestellt und angegeben, diese würden die inzwischen chronifizierte Depression unterhalten und seien der dominierende Bestandteil der depressiven Störung. Im Verlaufsgutachten vom 21. Juni 2018 hat Prof. K.____ insbesondere erklärt, dass sich das psychiatrische Störungsbild leichtgradig verschlechtert habe. Der Rückzug des Beschwerdeführers in die Kranken- und Opferrolle ermögliche ihm eine gewisse Gesichtswahrung. Wie bereits im ersten Gutachten hat Prof. K.____ dargelegt, dass das vorliegende Störungsbild in einem erheblichen Masse durch die soziokulturellen und psychosozialen Faktoren unterhalten werde bzw. sogar eine Verstärkung erfahre. Ohne die südosteuropäisch soziokulturell geprägten Wertevorstellungen und die psychosozialen Belastungsfaktoren würde das psychopathologische Bild mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht oder nur in einem wesentlich schwächeren Ausprägungsgrad bestehen. Die Erhebung der Befunde und die gestützt darauf gestellten Diagnosen in den beiden Gutachten sind ebenfalls nachvollziehbar und schlüssig. Die Beschwerdegegnerin hat im Rahmen einer Überprüfung der Standardindikatoren und unter Bezugnahme auf die oben erwähnten Angaben von Prof. K.____ geltend gemacht, das psychische Leiden könne – losgelöst von den invaliditätsfremden psychosozialen Faktoren – nicht als schwer qualifiziert werden. Sie hat damit implizit die Diagnosestellung von Prof. K.____ angezweifelt und aus rechtlicher Sicht eine Diagnose gestellt, dass nämlich höchstens eine leichtgradige



depressive Episode vorliege. Diese Argumentation ist offensichtlich unhaltbar, weil das Stellen einer Diagnose eine ausschliesslich medizinische Aufgabe und folglich dem medizinischen Sachverständigen zu überlassen ist. Damit ist mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass der Beschwerdeführer im Zeitpunkt der beiden Begutachtungen durch Prof. K.____ an den in den Gutachten angegebenen psychiatrischen Erkrankungen gelitten hat.

3.4.2. Zu prüfen bleibt die Überzeugungskraft der Arbeitsfähigkeitsschätzung, also die Frage, ob sich Prof. K.____ ausreichend mit den Standardindikatoren auseinandergesetzt hat und ob diese ein schlüssiges Gesamtbild in Bezug auf das funktionelle Leistungsvermögen des Beschwerdeführers ergeben haben (vgl. BGE 145 V 363, E. 3.2.2). Die Standardindikatoren dienen dazu, dass sich ein Sachverständiger auch mit Aspekten des medizinischen Sachverhalts befasst, die für die Beantwortung der rein medizinischen Frage nach der richtigen Diagnose möglicherweise irrelevant, für die Beantwortung der versicherungsmedizinischen Frage nach der Arbeitsfähigkeit aber notwendig sind. Sie bilden für den medizinischen Sachverständigen also ein Arbeitsinstrument, um den medizinischen Sachverhalt so zu ermitteln, dass er die bestmögliche Grundlage zur Anwendung der (rechtlichen) Arbeitsunfähigkeitsdefinition bildet. Prof. K.____ hat sich in den beiden Gutachten ausführlich zur Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome geäussert. Insbesondere hat er klar aufgezeigt, dass die psychosozialen Belastungsfaktoren und soziokulturellen Wertevorstellungen die verbliebene Arbeitsfähigkeit nicht direkt beeinflussen, sondern das psychopathologische Störungsbild massgeblich mitprägen (näheres in E. 3.4.3). Des Weiteren hat er eine Aggravation und eine Simulation ausschliessen können. Im Verlaufsgutachten hat er allerdings – im Unterschied zum ersten Gutachten – über Hinweise auf Verdeutlichungen berichtet (der Versicherte sehe sich als Opfer der Ärzte, IV-act. 148-69), ohne dies im Rahmen der Ausführungen zur Konsistenz nochmals aufzugreifen (vgl. IV-act. 148-80). Die Konsistenzprüfung ist mit der einzigen Aussage, es hätten sich keine Hinweise auf Aggravation oder Simulation ergeben, rudimentär ausgefallen (vgl. IV-act. 86-57, 148-80). Hier wären beispielsweise Bezüge zum Aktivitätsniveau im Alltag des Beschwerdeführers herzustellen gewesen. In diesem Zusammenhang ist ausserdem festzustellen, dass die Schilderungen zum Tagesablauf eher kurz ausgefallen sind; über Kontakte ausserhalb des engsten Familienkreises (sei es, dass solche stattfinden oder gerade nicht) und über allfällige ausserhäusliche Aktivitäten (z.B. das Erledigen von Einkäufen) ist beispielsweise nicht berichtet worden. Angaben zu den Ressourcen fehlen in den beiden Gutachten beinahe gänzlich (vgl. IV-act. 86-58, 148-80 f.). Des Weiteren hat sich Prof. K.____ äusserst knapp zu den



bisherigen Behandlungsmassnahmen geäussert (vgl. IV-act. 86-58 f., 148-80), diese aber offenbar als leitliniengerecht qualifiziert (vgl. IV-act. 86-63). Als Zwischenergebnis ist festzuhalten, dass sich Prof. K.____ nicht ausreichend zu den Standardindikatoren geäussert hat; namentlich fehlen vertiefende Angaben zur Konsistenz und zu den Ressourcen. Prof. K.____ hat die von ihm attestierte 50-60%ige (erstes Gutachten) bzw. 60%ige Arbeitsunfähigkeit (Verlaufsgutachten) mit dem Bestehen von handicapierenden Fähigkeitsstörungen (Einschränkungen der Belastbarkeit, der Durchhaltefähigkeit, der Flexibilität, etc.) begründet. Für eine überzeugende Arbeitsfähigkeitsschätzung wäre aber darzulegen gewesen, wie sich diese Fähigkeitsstörungen auf das funktionelle Leistungsvermögen des Beschwerdeführers auswirkten. So können beispielsweise eine Verlangsamung, ein Verlust der Konzentrationsfähigkeit oder ein erhöhter Pausenbedarf zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führen. Des Weiteren ist zu erklären, wie sich diese Beeinträchtigung des Leistungsvermögens an einem idealen Arbeitsplatz konkret auswirkt, beispielsweise dass die versicherte Person für die Erfüllung einer Arbeitsaufgabe doppelt so viel Zeit wie eine gesunde Person benötige, dass sie am Vormittag eine volle Leistung zu erbringen vermöge und am Nachmittag aufgrund von zunehmenden Konzentrationsschwierigkeiten nur noch zur Hälfte leistungsfähig sei oder dass sie nach jeder Arbeitsstunde zehn Minuten Pause benötige, um sich zu erholen (vgl. Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 4. November 2019, IV 2017/428, E. 3.3). Prof. K.____ hat also den Bogen zwischen den erhobenen Befunden (z.B. leicht herabgesetzte Konzentration, reduzierter Antrieb) und deren Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nicht geschlagen (vgl. BGE 145 V 367, E. 4.3).

3.4.3. In Bezug auf die Arbeitsfähigkeitsschätzung ist sodann relevant, dass gemäss der überzeugenden Diagnosestellung psychosoziale Belastungsfaktoren und soziokulturelle Wertevorstellungen das psychopathologische Störungsbild des Beschwerdeführers unterhalten bzw. gar verstärken. Prof. K.____ hat festgehalten, dass es trotz der anhaltenden Behandlung zu keiner nachhaltigen Verbesserung des psychiatrischen Störungsbilds gekommen sei, was den psychodynamischen Hintergründen geschuldet sei. Dies sei durch medikamentöse Massnahmen nur allfällig geringfügig beeinflussbar. Dies ist nachvollziehbar, da sich die Auswirkungen von psychosozialen Belastungsfaktoren und soziokulturellen Wertevorstellungen auf die Psyche durch die Einnahme von Medikamenten nicht beheben lassen. Auch eine Veränderung von soziokulturellen Wertevorstellungen dürfte durch psychotherapeutische Gespräche nur schwer herbeizuführen sein. Die Beschwerdegegnerin hat diese psychosozialen Belastungsfaktoren und



soziokulturellen Wertevorstellungen als "invaliditätsfremde Faktoren" qualifiziert und daraus den Schluss gezogen, das psychische Leiden könne nicht als schwer betrachtet werden. Diesen Schluss hat sie als massgeblichen Faktor in ihre eigene Einschätzung einfließen lassen, wonach der Beschwerdeführer als vollständig arbeitsfähig einzuschätzen sei (vgl. IV-act. 163-2 f.). Die Beschwerdegegnerin hat dabei übersehen, dass die Invalidenversicherung als finale Versicherung konzipiert ist (vgl. BGE 145 V 225, E. 5.3.1; 120 V 102, E. 4c). Dies bedeutet, dass für einen allfälligen Rentenanspruch einzig massgebend ist, *ob* ein die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigender Gesundheitsschaden mit Krankheitswert besteht; dessen *Ursache* ist hingegen *irrelevant* (vgl. auch Ulrich Meyer/Marco Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zürich 2014, N 51 zu Art. 4). Die Ursache einer Erkrankung ändert nämlich nichts daran, dass eine Erkrankung besteht. Dass die Ursache eines die Erwerbsfähigkeit einschränkenden Gesundheitsschadens aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht keine Rolle spielen kann, zeigt auch folgende Überlegung: Würden psychische Erkrankungen, namentlich depressive Störungen, die durch psychosoziale Belastungsfaktoren und soziokulturelle Wertevorstellungen mitverursacht werden, als nicht krankheitswertiges Geschehen anerkannt, könnte bei zwei Versicherten mit identischen psychopathologischen Störungsbildern und identischen daraus resultierenden Funktionsbeeinträchtigungen nur jenem Versicherten eine Rente der Invalidenversicherung zugesprochen werden, dessen psychiatrische Erkrankung nicht auf psychosoziale Belastungsfaktoren und/oder soziokulturelle Wertevorstellungen zurückzuführen wäre. Der andere Versicherte mit genau derselben Erkrankung und genau denselben daraus resultierenden Funktionsbeeinträchtigungen könnte dagegen keinen Rentenanspruch haben, weil seine Erkrankung unter anderem von psychosozialen Belastungsfaktoren und/oder soziokulturellen Wertevorstellungen mitverursacht wäre. Das hätte offenkundig eine Ungleichbehandlung zur Folge, für die eine sachliche Begründung fehlen würde (Art. 8 Abs. 1 der Bundesverfassung, SR 101). Die bundesgerichtliche Auffassung zu den psychosozialen Belastungsfaktoren und soziokulturellen Wertevorstellungen zielt einzig darauf ab, die durch eine Gesundheitsbeeinträchtigung hervorgerufenen Funktionseinschränkungen von jenen abzugrenzen, die (lediglich) die direkte Folge von ungünstigen Lebensumständen sind. Befindet sich beispielsweise eine versicherte Person mitten in einem belastenden Scheidungsverfahren und ist sie deshalb (vorübergehend) nicht in der Lage, einer vollen Erwerbstätigkeit nachzugehen, dann wird die Arbeitsfähigkeit dieser Person nicht durch eine Krankheit, sondern – direkt – durch die belastenden Umstände eingeschränkt; nach dem Abschluss des Scheidungsverfahrens wird die versicherte Person (meist) wieder in der Lage sein, ein volles Arbeitspensum zu bewältigen. Die



vorübergehenden Symptome, die in einem solchen Fall durchaus denen einer "typischen" Depression entsprechen können, sind nicht die Symptome einer Krankheit, sondern die Symptome einer normalen Reaktion auf die (vorübergehenden) belastenden Lebensumstände. Anders liegt der Fall, wenn die belastenden Lebensumstände – beispielsweise in Verbindung mit einer "labilen" Persönlichkeit – nicht nur zu einer vorübergehenden Funktionsbeeinträchtigung führen, sondern die Entwicklung einer ("echten") Gesundheitsbeeinträchtigung zur Folge haben, deren Symptome sich nicht direkt aus den belastenden Lebensumständen, sondern aus der Krankheit als Folge einer "Fehlverarbeitung" der belastenden Lebensumstände ergeben. Vorliegend hat Prof. K.____ die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung lege artis gestellt und klar festgehalten, dass die psychosozialen Belastungsfaktoren und soziokulturellen Wertevorstellungen das psychopathologische Störungsbild unterhalten bzw. sogar verstärken würden (vgl. E. 3.4.1). Entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin handelt es sich bei den beim Beschwerdeführer vorliegenden psychosozialen Belastungsfaktoren und soziokulturellen Wertevorstellungen also nicht um "invaliditätsfremde" Faktoren, sondern um Faktoren, welche die depressive Störung (mit)verursacht und unterhalten haben. Die anderslautende Argumentation der Beschwerdegegnerin ist somit nicht stichhaltig. Auf die weiteren Aspekte der von der Beschwerdegegnerin vorgenommenen juristischen Überprüfung der Standardindikatoren braucht folglich nicht eingegangen zu werden.

3.4.4. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass Prof. K.____ weder im ersten noch im zweiten Gutachten eine ausreichende Prüfung der Standardindikatoren vorgenommen hat. Für eine überzeugende Arbeitsfähigkeitsschätzung wäre ausserdem erforderlich gewesen, die attestierten Arbeitsunfähigkeiten konkreter zu begründen. Die von der Beschwerdegegnerin gestellte Arbeitsfähigkeitsschätzung überzeugt ebenfalls nicht, da sie unzulässigerweise vom Vorliegen "invaliditätsfremder" Faktoren ausgegangen ist und da in den beiden psychiatrischen Gutachten insbesondere vertiefende Angaben zur Konsistenz und zu den Ressourcen fehlen, womit auch die Arbeitsfähigkeitsschätzung der Beschwerdegegnerin von vornherein nicht überzeugen kann. Nach dem Gesagten ist eine Prüfung der Standardindikatoren durch das Gericht offenkundig nicht möglich. Die dem Beschwerdeführer verbliebene Arbeitsfähigkeit steht damit (noch) nicht fest.

3.5. Der Beschwerdeführer hat eventualiter beantragt, es sei eine polydisziplinäre Begutachtung in Auftrag zu geben. Für die Notwendigkeit einer polydisziplinären Begutachtung bestehen keine ausreichenden Anhaltspunkte: In der psychiatrischen Verlaufsbeurteilung hat der Beschwerdeführer zwar erwähnt, dass er nicht mehr



richtig sehe und dass er Probleme mit dem Bauch habe. Weiterführende Angaben dazu finden sich aber weder in den medizinischen Berichten noch in den Rechtsschriften des Beschwerdeführers. Zum Einwand des Beschwerdeführers, die häufigen Kommentare von Prof. K.____ betreffend die IV-fremden Faktoren begründeten ernsthafte Zweifel an dessen Unparteilichkeit, ist festzuhalten, dass Prof. K.____ diese Feststellungen in Ausübung seiner gutachterlichen Sorgfaltspflicht gemacht hat; diese sind deshalb nicht geeignet, auch nur den Anschein einer Befangenheit zu erwecken. Der Beschwerdeführer scheint dies selber auch erkannt zu haben, da er in der Folge argumentiert hat, auf die Arbeitsfähigkeitsschätzung von Prof. K.____ sei abzustellen.

3.6. Nach dem Gesagten ist die Angelegenheit zur ergänzenden Abklärung der verbliebenen Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers aus psychiatrischer Sicht an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Die Beschwerdegegnerin wird veranlassen, dass Prof. K.____ eine Ergänzung zu den zwei Gutachten liefert, sich also ausreichend zu den Standardindikatoren äussert und die attestierten Arbeitsunfähigkeiten konkreter begründet. Nach der Auffassung des Bundesgerichts ist die Rückweisung in diesem Fall zulässig (vgl. BGE 137 V 264, E. 4.4.1.4, wonach eine Sache zurückgewiesen werden kann, wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen erforderlich ist; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts vom 15. November 2019, 8C_525/2019, E. 3.3).

4.

4.1. 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^{bis} IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Praxisgemäss ist die Rückweisung an die Verwaltung zur weiteren Abklärung als volles Obsiegen des Beschwerdeführers zu werten (vgl. BGE 132 V 235, E. 6.1). Dementsprechend ist die Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- vollumfänglich der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Der geleistete Kostenvorschuss in gleicher Höhe wird dem Beschwerdeführer zurückerstattet.

4.2. Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Auch hier gilt, dass eine Rückweisung zur weiteren Abklärung als volles Obsiegen des Beschwerdeführers zu betrachten ist. 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 der Honorarordnung (sGS 963.75) pauschal Fr. 1'500.-- bis Fr. 15'000.--. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat keine Honorarnote eingereicht. In durchschnittlich aufwändigen Beschwerdeverfahren betreffend einen Rentenanspruch wird praxisgemäss eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- zugesprochen. Da es sich bei diesem Beschwerdeverfahren um ein durchschnittlich aufwändiges handelt, hat die Beschwerdegegnerin den Beschwerdeführer also mit Fr. 3'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen.

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung vom 22. Oktober 2018 aufgehoben und die Sache wird zur ergänzenden Abklärung und zur anschliessenden neuen Verfügung im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.

2.

Die Beschwerdegegnerin hat die Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen; der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird dem Beschwerdeführer zurückerstattet.

3.

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