



Fall-Nr.: IV 2018/91
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 07.10.2020
Entscheiddatum: 17.06.2020

Entscheid Versicherungsgericht, 17.06.2020

Art. 7 und 8 ATSG, Art. 28 IVG. Würdigung eines psychiatrischen Gutachtens. Diagnose einer Dysthymia. Keine ausreichende Begründung der Arbeitsfähigkeitsschätzung. Ungenügende Abklärung der Miktionsbeschwerden und der Schlafstörungen. Rückweisung zu ergänzenden medizinischen Abklärungen (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 17. Juni 2020, IV 2018/91).

Entscheid vom 17. Juni 2020

Besetzung

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

Geschäftsnr.

IV 2018/91

Parteien

A.____,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwältin lic. iur. Bettina Surber, Oberer Graben 44, 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 Februar 2013 wegen Nieren-, Rücken- und psychischen Beschwerden zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (IV-act. 1). Er gab an, seit März 2004 als Lastwagenchauffeur bei der B.____ AG vollerwerbstätig zu sein und monatlich Fr. 5'590.-- zu verdienen. In einem Arbeitgeberbericht teilte die B.____ AG am 13. Februar 2013 mit (IV-act. 5), der Versicherte sei seit Mai 2004 als Kehrriemwagenfahrer angestellt. Der letzte Arbeitstag sei am 25. Oktober 2012 gewesen. Der Monatslohn betrage Fr. 5'590.-- (inklusive 13. Monatslohn) bei einer Wochenarbeitszeit im Betrieb von 43.75 Stunden. Der Hausarzt des Versicherten, Dr. med. C.____, gab der RAD-Ärztin Dr. med. D.____ am 19. März 2013 telefonisch zur Auskunft (IV-act. 16), der Versicherte leide seit Oktober 2012 an einer Depression, an Angst- und Panikattacken und an Schlafstörungen. Zudem bestehe ein Status nach einem Angiomyolipom der rechten Niere. Aufgrund der präoperativen Abklärungen bei einem Malignitätsverdacht habe sich eine ausgeprägte Krebsphobie entwickelt. Des Weiteren bestünden Rücken- und Leistenschmerzen bei einem Status nach einer Herniotomie. Die psychische Problematik stehe im Vordergrund. Eine Rückkehr an den Arbeitsplatz als Kehrriemwagenfahrer sei aus psychischen Gründen nicht möglich. In einer rückenadaptierten, wechselbelastenden, maximal mittelschweren Tätigkeit bestehe ab April 2013 eine 50%ige Arbeitsfähigkeit. Dr. C.____ unterzeichnete das Gesprächsprotokoll am 27. März 2013. Er reichte einen Bericht der Klinik für Urologie des Kantonsspitals St. Gallen vom 26. Februar 2013 und einen Operationsbericht derselben Klinik betreffend eine Nierenteilresektion rechts vom 12. November 2012 ein. Am 24. April 2013 teilte Dr. C.____ mit (IV-act. 21), dem Versicherten sei die Arbeitsstelle



St.Galler Gerichte

gekündigt worden. Der Versicherte stehe unter Schock und sei deshalb erneut vollständig arbeitsunfähig. Am 30. Mai 2013 gab Dr. C.____ an (IV-act. 30), dem Versicherten gehe es in Bezug auf die Rückenschmerzen und die Schmerzen der Operationswunde besser. Der Versicherte sei zu 50% arbeitsfähig.

A.b. Med. pract. E.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. F.____, Arzt am Psychiatrie-Zentrum G.____, teilten am 4. September 2013 mit (IV-act. 40), sie hätten beim Versicherten die Diagnose einer anderen gemischten Angststörung (ICD-10 F 41.3) erhoben. Der Versicherte sei im Dezember 2011 vom Hausarzt zugewiesen worden. Bei der letzten Kontrolle im Juli 2013 sei er mässig freundlich und zugewandt gewesen. Ein affektiver Rapport habe gut hergestellt werden können. Die Aufmerksamkeit, die Konzentration und das Gedächtnis seien unauffällig gewesen. Es hätten zwanghafte hypochondrische Gedanken bestanden. Der Versicherte habe über Schlafprobleme berichtet. Beim ihm sei eine passive Haltung wahrzunehmen gewesen. In der Tätigkeit als Lastwagenchauffeur sei er seit dem 26. Oktober 2012 vollständig arbeitsunfähig gewesen.

A.c. Am 22. November 2013 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit (IV-act. 47), das Gesuch um berufliche Massnahmen werde abgewiesen. Zur Begründung gab sie an, der Versicherte fühle sich nicht in der Lage, an Eingliederungsbemühungen mitzuwirken.

A.d. Med. pract. E.____ und Dr. F.____ berichteten am 6. Dezember 2013 (IV-act. 49), der Gesundheitszustand des Versicherten habe sich verbessert. Als Diagnosen gaben sie eine andere gemischte Angststörung (ICD-10 F 41.3) und akzentuierte Persönlichkeitszüge (passiv-aggressiv, zwanghaft, narzisstisch, ICD-10 Z73.1) an. Sie führten aus, in den letzten Monaten sei der Verlauf positiv gewesen. Der Versicherte habe offener und entspannter gewirkt, habe weniger Schmerzen gehabt und sei leicht aktiver gewesen. In der bisherigen Tätigkeit könne die Arbeit zu ca. zweieinhalb Stunden pro Tag wieder aufgenommen und anschliessend schrittweise erhöht werden.

A.e. Am 9. Dezember 2013 erstattete Dr. med. H.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, zuhanden der Krankentaggeldversicherung ein psychiatrisches Gutachten (Fremdakten-act. 3). Die Untersuchung hatte am 4. November 2013



stattgefunden. Dr. H.____ gab als Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine Dysthymia (ICD-10 F34.1) an. Er führte aus, die geringe Ausprägung der objektivierbaren Defizite habe Fragen nach der Authentizität der Beschwerdeschilderungen aufgeworfen. Im Screening-Validierungstest hätten sich Hinweise auf eine Simulation/Aggravation ergeben, wobei ein intendiertes Verhalten als wenig wahrscheinlich erschienen sei; hingegen sei eine starke Identifizierung mit der Krankenrolle sehr wahrscheinlich gewesen. Die Depression sei fachfremd diagnostiziert worden. In der Untersuchung habe der Versicherte eine leichtgradige Dysphorie gezeigt. In Bezug auf die somatische Gesundheit habe er eine Reihe von dysfunktionalen Kognitionen präsentiert, die grösstenteils einer starken Identifizierung mit der Krankenrolle entsprochen hätte. Als aufrechterhaltend für die Symptomatik sei eine durch die nach der Meinung des Versicherten ungerechte Kündigung erlebte Kränkung hervorzuheben gewesen. In der Gesamtschau habe es sich um eine seit längerer Zeit bestehende, leichtgradige, anhaltende affektive Erkrankung, eine Dysthymia, gehandelt. Hinweise auf eine depressive Episode hätten sich aus dem aktuellen Befund und den anamnestischen Schilderungen des Versicherten nicht ergeben. Die Aufnahme der psychiatrischen Behandlung sei vor drei Jahren erfolgt, als sich der Versicherte durch längere Arbeitszeiten beeinträchtigt gefühlt und infolgedessen Schlafstörungen und Ängste entwickelt habe. Unter einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung sei die Symptomatik rückläufig gewesen; sie habe sich aber nicht vollständig zurückgebildet. Aufgrund einer verminderten emotionalen Belastbarkeit sei der Versicherte in der angestammten und in sämtlichen für ihn in Frage kommenden Tätigkeiten zu 20% arbeitsunfähig. In Tätigkeiten, die nachts, in Schicht oder unter einem starken emotionalen Zeitdruck ausgeführt würden, betrage die Arbeitsfähigkeit nur 50%, insbesondere da eine relevante Verschlechterung des psychischen Zustandsbilds eintreten könnte.

A.f. Die RAD-Ärztin Dr. D.____ notierte am 27. Januar 2014 (IV-act. 50), die psychiatrischen Diagnosen und die Arbeitsfähigkeitsschätzungen von Dr. H.____ und der Fachärzte des Psychiatrie-Zentrums G.____, med. pract. E.____ und Dr. F.____, differierten erheblich. Eine schrittweise Eingliederung in eine adaptierte Tätigkeit (rückenadaptiert, wechselbelastend, körperlich leicht bis maximal mittelschwer, keine Nacht- oder Schichtarbeit, kein erhöhter Zeitdruck) sei prioritär. Beginnend mit einer



täglichen Präsenz von 30% (zweieinhalb Stunden pro Tag) könne die Arbeitsfähigkeit innerhalb von drei Monaten auf 50% gesteigert werden. Der Hausarzt Dr. C.____ gab am 4. Juni 2014 an (IV-act. 57), er sei ebenfalls der Auffassung, dass der Versicherte eingliederbar sei und zwar mit einer 30%igen Leistung. Am 1. September 2014 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit (IV-act. 71), im Rahmen einer Integrationsmassnahme würden die Kosten für ein Belastbarkeitstraining im I.____ vom 11. August 2014 bis zum 11. November 2014 übernommen.

A.g. Der Versicherte absolvierte vom 11. August 2014 bis zum 10. Oktober 2014 das Belastbarkeitstraining im I.____. Am 10. Oktober 2014 wurde dieses von der IV-Stelle abgebrochen, da die gesetzten Ziele nicht hatten erreicht werden können (IV-act. 86, 89). Im Schlussbericht des I.____ vom 12. Oktober 2014 wurde unter anderem festgehalten (IV-act. 87), der Versicherte sei nie an seine Leistungsgrenze gegangen; er habe die Sollzeit nie erreicht. Am 24. Oktober 2014 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit (IV-act. 89), weitere berufliche Massnahmen seien nicht angezeigt.

A.h. Der Hausarzt Dr. C.____ berichtete am 11. Dezember 2014 (IV-act. 91), der Gesundheitszustand des Versicherten sei stationär. Die Psyche sei schlecht; zudem leide der Versicherte an einer Lumbago und an Unterbauchschmerzen. Er attestierte eine 70%ige Arbeitsunfähigkeit respektive eine in einem Halbtagespensum verwertbare 30%ige Leistungsfähigkeit. Am 9. Januar 2015 teilten med. pract. E.____ und Dr. med. J.____, Arzt am Psychiatrie-Zentrum G.____, mit (IV-act. 97), der Versicherte sei letztmals am 23. Januar 2014 bei ihnen in Behandlung gewesen. Die Behandlung sei wegen einer mangelnden Compliance abgebrochen worden. Dr. med. K.____, Psychiatrie FMH, gab am 22. April 2015 an (IV-act. 100), er behandle den Versicherten seit Mai 2014. Er habe eine depressive Entwicklung mit einer gegenwärtig mittelschweren Depression mit somatischen Symptomen (ICD-10 F33.11), beginnend mit der Diagnose und Operation eines benignen Nierentumors im Herbst 2012, und eine erhebliche narzisstische Problematik diagnostiziert. Zudem bestehe ein Status nach diversen Hernien und ein Rezidiv der Bauchwandhernie rechts. Die Konzentration sei qualitativ unterschiedlich. Der Versicherte traue sich kaum mehr etwas zu. Die Grundstimmung sei resigniert, ängstlich und dysphorisch, die affektive Schwingungsfähigkeit sei eingeschränkt, die Frustrations- und Kritiktoleranz sei erheblich eingeschränkt und es bestehe eine stark erhöhte Kränkbarkeit. Er attestierte eine seit Juni 2014 bestehende



70%ige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit. In einer kräftemässig leichten, am besten alleine auszuführenden Tätigkeit sei eine Tätigkeit im Umfang von zwei bis drei Stunden täglich zumutbar. Unter psychiatrischen Massnahmen sei eine Erhöhung der Arbeitsfähigkeit auf maximal 50% möglich.

A.i. Der RAD-Arzt Dr. med. L.____ notierte am 5. Juni 2015 im Wesentlichen (IV-act. 105), die Beurteilung von Dr. H.____ habe nach wie vor Gültigkeit, da das von ihm beschriebene klinische Bild dem von Dr. K.____ beschriebenen gleiche. Die Beurteilung von Dr. K.____ sei aber lediglich auf dessen eigene Anamnese abgestützt und deshalb nicht so umfassend begründet. Der Versicherte sei daher aus psychiatrischer Sicht in einer dem somatischen Leiden adaptierten Tätigkeit nicht mehr als 20% in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt.

A.j. Nach der Durchführung eines Vorbescheidverfahrens (vgl. IV-act. 106, 113) wies die IV-Stelle mit einer Verfügung vom 12. Februar 2016 das Rentenbegehren bei einem Invaliditätsgrad von 10% ab (IV-act. 117). Der Versicherte erhob am 17. März 2016 dagegen eine Beschwerde (IV-act. 122). Er machte im Wesentlichen geltend, das Gutachten von Dr. H.____, auf welches die IV-Stelle ihren Entscheid abstütze, sei nicht umfassend, da dem Gutachter nicht alle Vorakten vorgelegen hätten. Am 25. Mai 2016 widerrief die IV-Stelle die Verfügung vom 12. Februar 2016 (IV-act. 132). Sie teilte dem Versicherten am 17. Juni 2016 mit (IV-act. 137), dass eine psychiatrische Untersuchung notwendig sei und dass Prof. Dr. med. M.____, Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, damit beauftragt worden sei. Das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen schrieb das Verfahren IV 2016/90 am 20. Juni 2016 als gegenstandslos ab (IV-act. 141).

A.k. Am 5. September 2016 wurde der Versicherte durch Prof. M.____ psychiatrisch untersucht. Im Gutachten vom 8. September 2016 gab Prof. M.____ als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Dysthymia (ICD-10 F34.1) und als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Persönlichkeitsakzentuierung mit narzisstischen Anteilen (ICD-10 Z73.1) an (IV-act. 145-56). Prof. M.____ erwähnte einleitend (IV-act. 145-35 ff.), es hätten sich Hinweise auf Verdeutlichungen gezeigt; eine Aggravation oder Simulationszeichen hätten nicht bestanden. Er hielt fest, der Versicherte habe angegeben, dass er (der Versicherte) seit der Nierenoperation an



Narbenbeschwerden leide. Man habe ihm vorgeschlagen, die Narbe operativ zu korrigieren; er habe aber Angst vor einer erneuten Operation. Nach der Operation vom 12. November 2012 hätten die Ärzte gesagt, dass er einen schweren Herzinfarkt erlitten habe; dies habe aber nicht gestimmt. Diese "Falschinformation" sei immer in seinem Kopf. Wenn er erfahre, dass jemand an einem Tumor verstorben sei, dann sei er "total am Ende" und grüble über sein Schicksal. Im Vordergrund stehe aber die Pollakisurie. Er sei deswegen in der Klinik N.____ in Behandlung gewesen; dort habe man ihm nicht helfen können. Wegen der Nykturie mit circa vier- bis sechsmaligem Wasserlassen während der Nacht habe er Schlafstörungen und sei am Folgetag wenig leistungsfähig. Am Morgen begleite er die Enkelkinder zum Kindergarten und zur Schule. Anschliessend gehe er bei schönem Wetter ca. eineinhalb Stunden spazieren. Am Nachmittag spiele er für ca. zwei Stunden mit den Enkelkindern und gehe spazieren. Nach dem Abendessen besuche er seine Geschwister, die in der Nähe wohnten. Prof. M.____ führte des Weiteren aus, in der Untersuchung habe sich keine Bewusstseinsstörung gezeigt. Das Alt- bzw. das Langzeitgedächtnis sei kursorisch intakt gewesen. Auffälligkeiten betreffend die Konzentration und die Aufmerksamkeit hätten nicht bestanden. Der formale Gedankengang sei nicht verzögert gewesen. Das Denken sei in Kohärenz und Stringenz unauffällig gewesen. Es habe eine maladaptive Verarbeitung der gesundheitlichen Störungen bestanden. Inhaltlich sei das Denken ohne wahnhaftige Inhalte gewesen. Der Versicherte sei gut spürbar und seine Grundstimmung sei leicht dysphorisch und minim herabgestimmt gewesen. Die Schwingungsfähigkeit sei leicht eingeschränkt und die Vitalgefühle seien infolge der somatischen Beschwerden leicht gemindert gewesen. Das Selbstwertempfinden sei vermindert, die Psychomotorik sei unauffällig und der Antrieb sei regelrecht gewesen. Eine Reduktion der Freudfähigkeit und der Interessen sowie ein sozialer Rückzug hätten nicht bestanden. Im Rahmen der Würdigung des Gutachtens von Dr. H.____ vom 9. Dezember 2013 hielt Prof. M.____ fest, die Präsentation des Versicherten habe sich zur vorgutachterlichen Beurteilung nur marginal unterschieden. Insbesondere hätten wiederum dysfunktionale Kognitionen mit hypochondrischen Ängsten das Störungsbild dominiert. Er gehe mit dem Vorgutachter einig, dass die vorherrschende Psychopathologie die Kriterien für eine Depression gemäss ICD-10 nicht erfüllt hätten; die Schwere der depressiv-dysphorischen Verstimmungen habe die Kriterien einer Dysthymie gemäss ICD-10 F34.1 erfüllt. Die ängstlichen dysfunktionalen Gedanken



seien Bestandteil der Dysthymie gewesen und hätten die zusätzliche Diagnosestellung einer Angststörung nicht gerechtfertigt. Das psychopathologische Bild sei durch eine narzisstisch gefärbte Persönlichkeitsakzentuierung gemäss ICD-10 Z73.1 überschattet worden. Zum Bericht von Dr. K.____ vom 22. April 2015 gab Prof. M.____ an, der darin festgehaltene Psychostatus habe zahlreiche Bewertungen enthalten und keinem AMDP-gültigen Befund entsprochen. Die Kriterien für eine mittelgradige Depression (mindestens zwei Hauptsymptome und fünf Zusatzsymptome) hätten dem Befund nicht entnommen werden können, womit die Diagnose nicht nachvollziehbar gewesen sei. Zum Bericht der Fachärzte des Psychiatrie-Zentrums G.____ vom 4. September 2013 erklärte er, im mitgeteilten Psychostatus hätten sich die diagnostischen Kriterien einer Angststörung ebenso wenig nachvollziehen lassen wie jene für eine depressive Episode. In Bezug auf die Konsistenz hielt Prof. M.____ fest, die Vorakten hätten Hinweise auf motivationale Probleme des Versicherten enthalten; diese hätten auf eine bewusste Selbstlimitierung schliessen lassen. Der Blutserumspiegel des schlafanstossenden Antidepressivums Remeron habe sich nicht im therapeutischen Bereich befunden. Eine Aggravation oder Simulation des Versicherten habe sich nicht gezeigt. Hingegen seien erneut Verdeutlichungen erkennbar gewesen. Bestanden hätten vornehmlich dysfunktionale aversive Kognitionen bei einer maladaptiven Krankheitsverarbeitung, wobei sich der Versicherte in narzisstischer Kränkung weiterhin in die Opfer- und Krankenrolle zurückgezogen habe. Seine soziale Teilhabe habe als weitgehend ungestört bezeichnet werden können. Er habe einen regen Kontakt zu seinen Familienangehörigen gehabt und sei in soziale Interaktionen mit Aufgabencharakter (z.B. Kinder zur Schule bringen) involviert gewesen. Die Ich-Funktionen des Versicherten seien prämorbid ungestört gewesen. Der Versicherte habe über zahlreiche Ressourcen verfügt, auf welche er in Selbstlimitierung nicht zurückgegriffen habe. In Bezug auf die Diagnosestellung hielt Prof. M.____ fest, er schliesse sich dem Vorgutachter Dr. H.____ an. Es habe eine Dysthymia (ICD-10 F34.1) mit dysphorisch-ängstlich-depressiver Verstimmung, welche die Kriterien für eine Depression gemäss ICD-10 nicht erfülle, bestanden. Eine Angststörung habe ebenfalls nicht vorgelegen und eine Anpassungsstörung habe nicht diagnostiziert werden können, da die Dauer der Störung die gemäss ICD-10 zulässige Dauer der Psychopathologie überschritten habe. Beim Versicherten sei von einer narzisstischen Persönlichkeitsakzentuierung auszugehen gewesen (ICD-10 Z73.1), die zu einem



maladaptiven Krankheitsverarbeitungsprozess mit dysfunktionalen aversiven Kognitionen geführt habe. Er gehe mit der Einschätzung des Vorgutachters hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit des Versicherten dahingehend überein, dass die letztgenannten negativen Kognitionen die Belastbarkeit reduzieren und das emotional-kognitive Durchhaltevermögen einschränken könnten. Insofern sei eine 20%ige Arbeitsunfähigkeit in der zuletzt ausgeübten und in adaptierten Tätigkeiten zu bestätigen und zwar seit der Antragstellung und anhaltend. Zusammenfassend hielt Prof. M.____ fest, aufgrund einer Dysthymia mit Schwierigkeiten in der Krankheitsverarbeitung mit ängstlich-dysfunktionalen aversiven Kognitionen lägen Einschränkungen in der emotionalen Durchhaltefähigkeit vor, welche die Arbeitsfähigkeit des Versicherten in der zuletzt ausgeübten und in adaptierten Tätigkeiten seit der Antragstellung und anhaltend zu 20% einschränkten. Eine höhere Arbeitsunfähigkeit sei aufgrund der Psychopathologie nicht ausgewiesen. Er bestätige damit das Ergebnis des Vorgutachtens von Dr. H.____ vom 9. Dezember 2013.

A.I. Der RAD-Arzt Dr. L.____ notierte am 19. September 2016 (IV-act. 146), auf das psychiatrische Gutachten könne abgestellt werden.

A.m. Mit einem Vorbescheid teilte die IV-Stelle dem Versicherten am 11. Januar 2017 mit (IV-act. 148), sie sehe vor, das Begehren um eine Invalidenrente bei einem Invaliditätsgrad von 10% abzuweisen. Zur Begründung gab sie an, aus psychiatrischer Sicht sei eine Dysthymie diagnostiziert worden. Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung sei eine Dysthymie nicht invalidisierend. Aus somatischer Sicht lägen lediglich qualitative Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit vor. Somit sei von einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit auszugehen. Beim Valideneinkommen in der Höhe von Fr. 72'670.-- stütze sie sich auf das bisher erzielte Einkommen und beim Invalideneinkommen von Fr. 65'172.-- auf den Durchschnittsverdienst der Arbeitnehmenden (recte: statistischer Zentralwert des Einkommens für Hilfsarbeiter) im Jahr 2012 gemäss der Lohnstrukturerhebung des Bundesamts für Statistik. Der Versicherte wandte am 17. März 2017 (IV-act. 151) gestützt auf einen Bericht von Dr. C.____ vom 27. Februar 2017 ein, ein neues urologisches Problem mit massiv gestörten Nächten sei aufgetreten. Er ersuche darum, mit dem Entscheid über die Rente zuzuwarten, bis weitere Abklärungen getroffen worden seien. Dr. C.____ hatte berichtet (IV-act. 151-3), der Versicherte wache vier- bis



fünfmal pro Nacht auf. Tagsüber sei wegen Unterbauchschmerzen im Bereich der Blase alle ein bis zwei Stunden eine Miktion nötig. Bei der Palpation des Abdomens hätten sich deutliche Schmerzen im Bereich des Sigmas gezeigt, welches im CT entzündet gewesen sei. Die Miktionsbeschwerden seien invalidisierend und störten die Nachtruhe des Versicherten dermassen, dass er nicht fähig sei, an einem Arbeitsplatz zu erscheinen und den ganzen Tag eine Leistung zu erbringen. Eine Kolposkopie sei nötig. Am 19. April 2017 reichte der Versicherte einen Bericht von Dr. K.____ vom 11. März 2017 ein (IV-act. 156). Er machte geltend, Dr. K.____ könne die psychische Situation am besten beurteilen; dieser schlage sich auch nicht "auf die Seite des Patienten", wenn er festgehalten habe, die zumutbare Arbeitsfähigkeit sei höher als die reale Arbeitsfähigkeit. Mit der Stellungnahme von Dr. K.____ müssten erhebliche Zweifel am Gutachten von Prof. M.____ entstehen. Dr. K.____ hatte mitgeteilt (IV-act. 156-3 f.), er könne im Gegensatz zu den Gutachtern nicht nachvollziehen, wie beim Versicherten offensichtliche depressive Episoden hätten ignoriert werden können. Gemäss den Kriterien des ICD-10 werde für die Diagnose einer mittelschweren Depression verlangt, dass depressive Stimmung, Verlust von Interesse oder Freude und erhöhte Ermüdbarkeit (verlangt seien mindestens zwei dieser Kriterien – der Versicherte sei immer wieder depressiv verstimmt und habe das Interesse und die Freude in wesentlichem Ausmass verloren) und mindestens drei der anderen Symptome (der Versicherte zeige davon eine verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit, ein vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen, Gefühle von Wertlosigkeit, negative und pessimistische Zukunftsperspektiven und Schlafstörungen) vorhanden seien. Der Versicherte sei aus psychiatrischer Sicht in seiner Arbeitsfähigkeit erheblich beeinträchtigt. Er traue sich sehr wenig zu, verliere rasch die Geduld, habe einen erheblich reduzierten Antrieb, sei ängstlich und kaum belastbar. Seine Konzentration halte nicht lange vor. Die reale Arbeitsfähigkeit liege bei schätzungsweise 20%, die zumutbare Arbeitsfähigkeit bei knapp 50%, denn "sein Stolz, eine dem Willen und der Reflexion zugängliche Werthaltung", mache vieles schwieriger, als es sein müsste. Dr. C.____ berichtete am 8. Juni 2017 (IV-act. 163), der Gesundheitszustand des Versicherten sei stationär. Die Behandlung der Nykturie sei bislang erfolglos geblieben. Der Versicherte sei aktuell zu 20% über den Tag verteilt arbeitsfähig. Dr. C.____ reichte zwei Berichte von Dr. med. O.____, Urologie FMH, ein. Dr. O.____ hatte am 14. Januar 2015 mitgeteilt (IV-act. 163-5), er habe folgende Diagnosen erhoben: Störende Urge



Symptomatik mit Pollakisurie, fünfmaliger Nykturie und Resturgingefühl, beginnende Prostatahyperplasie Grad I und Status nach Nierenteilresektion (Angiomyolipom) am 12. November 2012. Er habe symptomatisch eine medikamentöse Therapie empfohlen. Am 1. April 2016 hatte Dr. O.____ berichtet (IV-act. 163-6), der Versicherte habe trotz der Medikation über persistierende Miktionsbeschwerden geklagt. Dr. O.____ hatte einen Verdacht auf eine Blasenhalsspastik, DD Blasenhaltsstenose, mit deutlichen Miktionsbeschwerden und einen Status nach einer Nierenteilresektion (Angiomyolipom) am 12. November 2012 diagnostiziert. Er hatte die Einnahme eines anderen Medikaments empfohlen. Am 9. Juni 2017 nahm Prof. M.____ Stellung zum Schreiben von Dr. K.____ vom 11. März 2017 (IV-act. 164). Er hielt fest, die diagnostische Einschätzung von Dr. K.____ stehe isoliert da. Der Versicherte sei in der Untersuchung verdeutlichend gewesen; der Blutserumspiegel des schlafanstossenden Antidepressivums Remeron habe sich nicht im therapeutischen Bereich befunden und es habe eine Diskrepanz zwischen dem privaten Aktivitätsniveau und der beruflichen Leistungsbereitschaft bestanden. Er sehe keine Veranlassung, von den Aussagen und der Arbeitsfähigkeitsschätzung im Gutachten vom 5. September 2016 (recte: 8. September 2016) abzuweichen. Der RAD-Arzt Dr. L.____ notierte am 8. September 2017 (IV-act. 165), der urologische Bericht vom 14. Januar 2015 enthalte keine relevanten pathologischen Befunde, vor allem nicht mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Dem Bericht vom 1. April 2016 sei ein Verdacht auf eine Blasenhalsspastik zu entnehmen. Prof. M.____ habe zu den Einwänden von Dr. K.____ klar Stellung genommen. An der bisherigen Einschätzung sei festzuhalten. Am 14. September 2017 gab die IV-Stelle dem Versicherten die Gelegenheit, zu den neu eingeholten Unterlagen Stellung zu nehmen (IV-act. 166). Am 3. Januar 2018 teilte der Versicherte mit (IV-act. 170), er halte an den Ausführungen im Vorbescheidverfahren fest.

A.n. Mit einer Verfügung vom 29. Januar 2018 wies die IV-Stelle das Rentenbegehren ab (IV-act. 171). Zu den Einwänden hielt sie fest, aufgrund der neu eingeholten Unterlagen könne von einem unveränderten Sachverhalt ausgegangen werden.



B.

B.a. Der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer) erhob am 1. März 2018 eine Beschwerde (act. G 1). Er beantragte die Aufhebung der Verfügung und die Anweisung an die IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin), den Gesundheitszustand nochmals abzuklären. Zur Begründung führte er an, das Gutachten von Prof. M.____, auf welches sich die Beschwerdegegnerin stütze, genüge den Anforderungen an ein vollständiges Gutachten nicht. Das Gutachten sei notwendig geworden, weil verschiedene psychiatrische Fachärzte unterschiedliche Diagnosen gestellt hätten. Der Gutachter habe zwar festgehalten, welche Diagnosen nicht gegeben seien, jedoch habe er nicht ausgeführt, wie er zu diesem Schluss gekommen sei. Er habe also gesagt, andere Ärzte hätten falsch gelegen, ohne zu sagen, weshalb. Auch die Diagnose der Dysthymie habe er letztlich nicht hinreichend begründet, dies bei gleichzeitiger Kritik an Dr. K.____ hinsichtlich dessen "Begründungspflicht". Der Gutachter habe in der Stellungnahme vom 9. Juni 2017 nicht dargelegt, welche der von Dr. K.____ als erfüllt beschriebenen Kriterien tatsächlich nicht erfüllt gewesen seien, und damit verbunden, warum er die von Dr. K.____ gestellten Diagnosen ausgeschlossen habe. Auffallend sei insbesondere, dass der Gutachter bei der Diskussion der Diagnosen und der Arbeitsfähigkeitsschätzung nicht auf die Miktionsbeschwerden eingegangen sei, obwohl der Beschwerdeführer diese ausführlich geschildert habe. Das Gutachten leide deshalb an einem Mangel.

B.b. Die Beschwerdegegnerin beantragte am 18. April 2018 die Abweisung der Beschwerde (act. G 5). Zur Begründung führte sie im Wesentlichen an, Prof. M.____ habe die Diagnose und die daraus resultierenden Einschränkungen begründet, indem er dargelegt habe, dass der Beschwerdeführer neben den beinahe blanden objektiven Befunden nicht nur ein erhebliches Funktionsniveau aufgewiesen habe, sondern auch sozial eingebettet gewesen sei. Auch aus dem Tagesablauf seien erhebliche Ressourcen erkennbar gewesen. In der Untersuchung hätten sich kaum einschränkende objektive Befunde gezeigt; einzig die Grundstimmung sei leicht dysphorisch und minim herabgestimmt gewesen. Unter eingehender Auseinandersetzung mit den Vorakten habe der Gutachter festgestellt, dass deutliche Hinweise auf motivationale Probleme und auf eine bewusste Selbstlimitierung bestanden hätten. Der Blutserumspiegel des schlafanstossenden Antidepressivums



St.Galler Gerichte

Remeron habe sich nicht im therapeutischen Bereich befunden. Der Gutachter habe aufgrund des Gesagten nachvollziehbar auf eine Verdeutlichung und auf einen fehlenden Leidensdruck geschlossen.

B.c. Der Beschwerdeführer hielt in der Replik vom 28. August 2018 an den Ausführungen in der Beschwerde fest (act. G 15). Er machte ergänzend geltend, die Beschwerdegegnerin habe in der Beschwerdeantwort auf ein gewisses Aktivitätsniveau im Alltag hingewiesen. Dies werde nicht bestritten, jedoch werde auch nicht geltend gemacht, er sei vollständig arbeitsunfähig. Davon gehe auch Dr. K.____ nicht aus.

B.d. Die Beschwerdegegnerin verzichtete am 5. September 2018 auf eine Duplik (act. G 17).

B.e. Am 2. Dezember 2019 reichte der Beschwerdeführer einen Bericht von Dr. C.____ vom 18. Oktober 2019 ein (act. G 19). Er machte geltend, durch die erhebliche nächtliche Dysurie sei der Nachtschlaf derart gestört, dass eine dauerhafte Erschöpfung resultiere, welche die Arbeitsfähigkeit invalidisierend aufhebe. Dr. C.____ gehe korrekt davon aus, dass keine Arbeitsfähigkeit mehr gegeben sei. Dr. C.____ hatte mitgeteilt (act. G 19.1), der Beschwerdeführer leide seit Jahren an einer ausgeprägten therapieresistenten Pollakisurie und Nykturie. Vor allem die nächtliche Dysurie mit fünf- bis sechsmaligem Gang auf die Toilette beeinflusse dessen Leben massiv negativ. Hinzu komme, dass sich im Rippenbogenrandschnitt rechts (Nierenoperation) eine Hernie gebildet habe, die vor allem nachts eine Inkarzeration verursache, die den Beschwerdeführer am Schlafen störe und aufgrund der starken Schmerzen auch Angst und Panik auslöse. Aus Angst vor der Narkose wolle er sich keiner Operation unterziehen. Aufgrund der Situation sei es unmöglich, ihn an einen Arbeitsplatz zu vermitteln.

B.f. Die Beschwerdegegnerin teilte am 18. Dezember 2019 mit (act. G 21), sie habe von der Eingabe des Beschwerdeführers vom 2. Dezember 2019 und vom Bericht von Dr. C.____ vom 18. Oktober 2019 Kenntnis genommen und verzichte auf eine Stellungnahme.



Erwägungen

1.

Die Beschwerdegegnerin hat mit der angefochtenen Verfügung vom 29. Januar 2018 einen Rentenanspruch des Beschwerdeführers bei einem IV-Grad von 10% verneint. Strittig ist somit, ob der Beschwerdeführer 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 Prof. M.____ mit der Erstellung eines psychiatrischen Gutachtens beauftragt. Im Gutachten vom 8. September 2016 hat Prof. M.____ angegeben (IV-act. 145-55), aufgrund einer



Dysthymia mit Schwierigkeiten in der Krankheitsverarbeitung mit ängstlich-dysfunktionalen aversiven Kognitionen lägen Einschränkungen in der emotionalen Durchhaltefähigkeit vor, welche die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in der zuletzt ausgeübten und in adaptierten Tätigkeiten seit der Antragstellung und anhaltend zu 20% einschränkten. Eine höhere Arbeitsunfähigkeit sei aufgrund der Psychopathologie nicht ausgewiesen. Er bestätige damit das Ergebnis des Vorgutachtens von Dr. H.____ vom 9. Dezember 2013. Strittig und im Folgenden zu prüfen ist, ob dem 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 wenn die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 125 V 352, E. 3a). Notwendig ist zudem, dass der 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. Prof. M.____ hat den Beschwerdeführer eingehend untersucht und seine subjektiven Klagen aufgenommen. Er hat die objektiven klinischen Befunde wiedergegeben, umfassende Kenntnis von den Vorakten gehabt und diese gewürdigt. Insbesondere hat er dargelegt, dass anlässlich der Untersuchung die Grundstimmung des Beschwerdeführers leicht dysphorisch und minim herabgestimmt gewesen sei; die Schwingungsfähigkeit sei leicht eingeschränkt, das Selbstwertempfinden sei vermindert und die Vitalgefühle seien infolge der somatischen Beschwerden leicht gemindert gewesen. Er hat damit aufgezeigt, dass objektiv nur leichte psychische Beschwerden festzustellen gewesen sind. Des Weiteren hat er erklärt, dass sich die Präsentation des Beschwerdeführers nur marginal von der vorgutachterlichen Beurteilung durch Dr. H.____ – Dr. H.____ hat ebenfalls eine Dysthymia diagnostiziert – unterschieden habe. Insbesondere hätten wiederum dysfunktionale Kognitionen mit hypochondrischen Ängsten das Störungsbild dominiert. Die vorherrschende Psychopathologie habe die Kriterien einer Depression gemäss ICD-10 nicht erfüllt; die Schwere der depressiv-dysphorischen Verstimmungen hätten aber die Kriterien einer



Dysthymie erfüllt. Die ängstlichen dysfunktionalen Gedanken seien Bestandteil der Dysthymie gewesen und hätten die zusätzliche Diagnosestellung einer Angststörung nicht gerechtfertigt. Das psychopathologische Bild sei zudem durch eine narzisstisch gefärbte Persönlichkeitsakzentuierung überschattet worden. Prof. M. ___ hat damit die Diagnose (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) einer Dysthymia zwar relativ knapp, aber gerade noch ausreichend begründet. Er hat sich nicht nur mit dem Vorgutachten von Dr. H. ___ vom 9. Dezember 2013, sondern auch mit dem Bericht der Fachärzte des Psychiatrie-Zentrums G. ___ vom 4. September 2013 und mit jenem von Dr. K. ___ vom 22. April 2015 auseinandergesetzt. Er hat nachvollziehbar dargelegt, weshalb er die in diesen beiden Berichten festgehaltenen Diagnosen nicht bestätigen können. In diesem Zusammenhang hat der Beschwerdeführer geltend gemacht, Prof. M. ___ habe nicht begründet, warum er die von Dr. K. ___ gestellte Diagnose einer mittelschweren Depression ausgeschlossen habe. Dazu ist festzuhalten, dass Prof. M. ___ mit der Diagnose einer Dysthymia notwendigerweise die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung ausgeschlossen hat (vgl. die Kriterien einer Dysthymia gemäss ICD-10-WHO Version 2019, F34.1). Das Gutachten überzeugt somit in Bezug auf die Erhebung der objektiven Befunde und die gestützt darauf gestellten Diagnosen. Des Weiteren hat sich Prof. M. ___ zu den Standardindikatoren, namentlich zur Konsistenz und zu den Ressourcen des Beschwerdeführers, geäussert. Die Ausführungen zu den Ressourcen sind zwar ebenfalls knapp ausgefallen, vermögen zusammen mit den subjektiven Angaben des Beschwerdeführers, die auf ein beträchtliches Aktivitätsniveau schliessen lassen, aber zu genügen. Nicht überzeugend ist hingegen die Arbeitsfähigkeitsschätzung: Die attestierte 20%ige Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Diagnose einer Dysthymia mit Einschränkungen in der emotionalen Durchhaltefähigkeit erscheint aus der Sicht eines medizinischen Laien als zu hoch, insbesondere wenn beim Beschwerdeführer noch erhebliche Ressourcen vorhanden sind. Ausserdem fehlt eine Begründung dafür, dass die Einschränkungen so stark gewesen sein sollen, dass sie eine 20%ige Arbeitsunfähigkeit zur Folge gehabt hätten. Für eine überzeugende Arbeitsfähigkeitsschätzung wäre darzulegen gewesen, inwieweit das funktionelle Leistungsvermögen des Beschwerdeführers eingeschränkt gewesen sei. 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 benötigen, um sich zu erholen (vgl. Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 4. November 2019, IV 2017/428, E. 3.3). Prof. M. ___ hat also den Bogen zwischen den erhobenen Befunden und deren Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nicht geschlagen (vgl. BGE 145 V 367 f., E. 4.3). Zu berücksichtigen ist auch, dass eine Dysthymia erfahrungsgemäss in den meisten Fällen keine Arbeitsunfähigkeit bewirkt. Eine Begründung dafür, dass in Bezug auf den Beschwerdeführer die Dysthymia eine 20%ige Arbeitsunfähigkeit zur Folge habe, wäre daher umso wichtiger gewesen. Das Gutachten von Prof. M. ___ vermag die attestierte verbliebene 80%ige Arbeitsfähigkeit also nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu belegen. Die Angelegenheit ist deshalb zur ergänzenden Abklärung der verbliebenen Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers aus psychiatrischer Sicht an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Das Vorgehen bleibt der Beschwerdegegnerin überlassen. 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).

3.4. Der Beschwerdeführer hat geltend gemacht, er leide – nebst den psychischen Beschwerden – an einem gestörten Nachtschlaf und an Miktionsbeschwerden. Er stehe in der Nacht bis zu sechsmal auf, um Wasser zu lösen. Dadurch sei seine Leistungsfähigkeit erheblich beeinträchtigt. Gemäss den Berichten von Dr. O. ___ vom 14. Januar 2015 und vom 1. April 2016 (IV-act. 163-5, 163-6) hat sich der Beschwerdeführer wegen Miktionsbeschwerden fachärztlich untersuchen lassen. Dr. C. ___ hat am 8. Juni 2017 dazu angegeben (IV-act. 163), ein Behandlungserfolg sei bislang ausgeblieben. Bereits am 27. Februar 2017 hat Dr. C. ___ über die Miktionsbeschwerden berichtet (IV-act. 151-3). Prof. M. ___ hat im Gutachten vom 8. September 2016 ebenfalls Ausführungen zu den Miktionsbeschwerden gemacht. Er hat festgehalten (IV-act. 145-41), nach den Angaben des Beschwerdeführers stehe die Pollakisurie im Vordergrund. Der Beschwerdeführer sei deswegen in der Klinik N. ___ in Behandlung gewesen; dort habe man ihm nicht helfen können. Durch die Nykturie mit ca. vier- bis sechsmaligem Wasserlassen während der Nacht habe er Schlafstörungen. Am 18. Oktober 2019 hat Dr. C. ___ erneut berichtet (act. G 19.1), der Beschwerdeführer leide seit Jahren an einer ausgeprägten therapieresistenten Pollakisurie und Nykturie. Der RAD-Arzt Dr. L. ___ hat am 8. September 2017 notiert (IV-act. 165), der Bericht von Dr. O. ___ vom 14. Januar 2015 enthalte keine relevanten pathologischen Befunde, vor allem nicht mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Dem



Bericht vom 1. April 2016 sei ein Verdacht auf eine Blasenhalsspastik zu entnehmen. In der Folge hat die Beschwerdegegnerin keine weiteren Abklärungen getätigt. Insbesondere hat sie bei der Klinik N.____ die entsprechenden Berichte nicht angefordert. Die Würdigung der Arztberichte durch den RAD-Arzt Dr. L.____ vermag jedoch nicht zu überzeugen: Obwohl die Angaben in den vorliegenden Arztberichten auf den subjektiven Schilderungen des Beschwerdeführers basieren, bestehen gestützt darauf Anhaltspunkte, dass der Beschwerdeführer als Folge der Miktionsbeschwerden an Schlafstörungen leidet. Ob er tatsächlich an Miktionsbeschwerden leidet, wenn ja in welchem Ausmass und mit welchem Einfluss auf das Schlafverhalten, sowie ob diese Beschwerden Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit haben, steht aber noch nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit fest. Hierfür wären weitere Abklärungen erforderlich gewesen. Die als Folge der Miktionsbeschwerden bestehende Beeinträchtigung des Nachtschlafs und die daraus angeblich resultierende Arbeitsunfähigkeit sind somit ungenügend abgeklärt worden. Die Beschwerdegegnerin hat also ihre Untersuchungspflicht (Art. 43 Abs. 1 ATSG) nicht ausreichend erfüllt. Die Angelegenheit ist deshalb auch in diesem Zusammenhang zur ergänzenden Abklärung des medizinischen Sachverhalts an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Es ist der Beschwerdegegnerin überlassen, auf welche Weise sie dabei vorgehen will.

3.5. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass das Gutachten von Prof. M.____ die aus psychiatrischer Sicht attestierte 80%ige Arbeitsfähigkeit nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu belegen vermag. In Bezug auf die Miktionsbeschwerden und die Schlafstörungen des Beschwerdeführers ist der Sachverhalt ungenügend abgeklärt worden. Die Angelegenheit ist deshalb zu ergänzenden medizinischen Abklärungen im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

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.--. Die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers hat keine Honorarnote eingereicht. Sie hat den Beschwerdeführer bereits in dem mangels Streitgegenstand gegenstandslos gewordenen Verfahren IV 2016/90 vertreten und ist für ihren Aufwand mit Fr. 1'800.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) entschädigt worden (vgl. IV-act. 141). Da die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers also bereits mit einem erheblichen Teil der Akten befasst gewesen ist und da sie bei der juristischen Aufarbeitung auf das frühere Verfahren hat zurückgreifen können, erweist sich eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 2'500.-- als angemessen. Die Beschwerdegegnerin hat den Beschwerdeführer deshalb mit Fr. 2'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen.

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung vom 29. Januar 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. 2'500.-- zu bezahlen.