



Fall-Nr.: IV 2019/129
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 20.12.2021
Entscheiddatum: 26.05.2021

Entscheid Versicherungsgericht, 26.05.2021

Art. 7 ATSG; Art. 8 ATSG; Art. 17 ATSG; Art. 28 IVG: Nach einer Wiederanmeldung wurde der Beschwerdeführer psychiatrisch begutachtet. Gegen das Gutachten wurden sowohl formelle (Befangenheit) als auch inhaltliche Mängel (Diagnosen, Arbeitsfähigkeitsschätzung) vorgebracht. Diese sind mit Blick auf die übrigen medizinischen Akten nicht ausgewiesen. Auf das Gutachten ist abzustellen. Eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes erscheint für den Zeitraum zwischen der Referenzlage und der angefochtenen Verfügung nicht nachgewiesen. Die Beschwerdeführerin hat das erneute Leistungsbegehren zu Recht abgewiesen (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 26. Mai 2021, IV 2019/129).

Entscheid vom 26. Mai 2021

Besetzung

Präsidentin Marie Löhner, Versicherungsrichterinnen Michaela Machleidt Lehmann und Corinne Schambeck; Gerichtsschreiberin Beatrix Zahner

Geschäftsnr.

IV 2019/129

Parteien

A.____,

Beschwerdeführer,



St.Galler Gerichte

vertreten durch Rechtsanwältin Karin Herzog, M.A. HSG in Law, Amparo Anwälte und Notare, Neugasse 26, Postfach 148, 9001 St. Gallen,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

Rente

Sachverhalt

A.

A.a. A.____ (nachfolgend: Versicherter) meldete sich am 23. Februar 2017 erneut wegen einer psychischen Erkrankung bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (IV-act. 205).

A.b. Eine erste Anmeldung war am 16. März 2009 bei der IV-Stelle des Kantons Appenzell Ausserrhoden erfolgt (IV-act. 1). Diese hatte den Versicherten durch Dr. med. B.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, begutachten lassen, der dem Versicherten bei einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichte Episode mit Besserungstendenz eine Arbeitsunfähigkeit von höchstens 20 % attestiert hatte. Die gesundheitlichen Einschränkungen hätten den Weg zu einer ordentlichen Berufsausbildung erschwert (Gutachten vom 31. Juli 2009, IV-act. 20-9, 12).

A.c. Gestützt darauf war dem Versicherten zunächst Berufsberatung (Mitteilung vom 26. August 2009, IV-act. 24) und eine vom 1. März bis 31. Mai 2010 dauernde berufliche Abklärung bei der X.____ zugesprochen worden (Mitteilung vom 1. März 2010, IV-act. 43). Nachdem der Versicherte im Dezember 2010 eine Stelle als "Personal Assistant" beziehungsweise Privatchauffeur mit einem Pensum von 80 % hatte antreten können (Arbeitsvertrag vom 8. Juni 2010, IV-act. 47; vgl. auch IV-act. 50-2),



hatte die IV-Stelle die beruflichen Massnahmen abgeschlossen und festgestellt, mit dem Arbeitsvertrag sei der Versicherte rentenausschliessend eingegliedert (Bericht berufliche Massnahmen vom 14. Oktober 2010, IV-act. 48; Mitteilung vom 27. Oktober 2010, IV-act. 49). Das Arbeitsverhältnis war dem Versicherten wegen Nichterfüllung quantitativer und qualitativer Ansprüche per 31. Mai 2011 gekündigt worden (IV-act. 57).

A.d. Nachdem der behandelnde Dr. med. C.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, am 13. Oktober 2009 zum Gutachten (IV-act. 29) und Dr. B.____ am 13. Januar 2010 (IV-act. 40) seinerseits zur Kritik Stellung genommen hatten und ein Verlaufsbericht von Dr. C.____ vom 10. Mai 2011 (IV-act. 50) eingegangen war, hatte die IV-Stelle Dr. med. D.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, einen Auftrag zur monodisziplinären Begutachtung erteilt (Gutachten vom 26. Oktober 2011, IV-act. 63). Dieser war zum Schluss gekommen, eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit lasse sich nicht (mehr) begründen (IV-act. 63-42, 53).

A.e. Die IV-Stelle hatte dem Versicherten mit Mitteilung vom 14. November 2011 Arbeitsvermittlung (IV-act. 66) zugesprochen. Vom 16. April bis 31. Oktober 2012 hatte er einen Arbeitsversuch beim E.____ (IV-act. 78, 84; Mitteilung vom 30. März 2012, IV-act. 86), vom 4. Februar bis 19. Juli 2013 ein Aufbautraining bei F.____ (Zielvereinbarung IV-act. 136; Kostengutsprache vom 14. Januar 2013, IV-act. 128) und vom 23. Juli bis 20. Oktober 2013 einen Arbeitsversuch bei der Firma G.____ (Vereinbarung, IV-act. 157; Mitteilung Zusprache vom 16. August 2013, IV-act. 156), absolviert. Das Arbeitspensum hatte auf Wunsch des Versicherten jeweils 60 % betragen. Die Eingliederung war daraufhin erneut abgeschlossen worden (Bericht Eingliederung und Mitteilung vom 11. Februar 2014, IV-act. 169 f.). Am 26. Februar 2015 hatte der Versicherte bei der IV-Stelle um Stellenvermittlung durch Profil handicap ersucht (IV-act. 171), welche ihm in der Folge als Frühinterventionsmassnahme zugesprochen worden war (Mitteilungen vom 20. März 2015, IV-act. 174, und vom 3. Februar 2016, IV-act. 198). Die Eingliederung war wegen mangelnder Motivation und Initiative des Versicherten am 22. April 2016 eingestellt worden (IV-act. 201). Dem Versicherten war durch Mitteilung vom 28. April 2016 eröffnet worden, weitere berufliche Massnahmen seien nicht angezeigt und würden somit abgeschlossen. Es bestehe auch kein Rentenanspruch (IV-act. 202).



B.

B.a. Seit März 2016 arbeitete der Versicherte in einem 60 %-Pensum in der Zustellung (IV-act. 223-2 ff.; IV-act. 227). Mit Wiederanmeldung vom 23. Februar 2017 ersuchte er bei der IV-Stelle um eine Teilrente zur finanziellen Entlastung (IV-act. 205 f.). Im Arztbericht vom 17. Mai 2017 führte Dr. C.____ aus, das psychische Zustandsbild des Versicherten habe sich in den letzten Jahren verschlechtert. Dieser leide an einem chronifizierten mittelgradigen depressiven Zustandsbild (ICD-10: F33.11), einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit schizoiden, narzisstischen und unreifen Anteilen (ICD-10: F61) sowie unter einer dissoziativen Störung (ICD-10: F44). Ein höheres Arbeitspensum als 60 % könne er nicht übernehmen (IV-act. 222). RAD-Ärztin H.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, nahm am 17. Juli 2017 Stellung, medizintheoretisch müsse anhand der aktuellen Aktenlage angenommen werden, dass die Arbeitsfähigkeit nicht über 60 % gesteigert werden könne und die aktuelle Stelle adaptiert sei (IV-act. 232). Durch Mitteilung vom 21. Juli 2017 wies die IV-Stelle des Kantons St. Gallen das Gesuch betreffend berufliche Massnahmen ab. Da die aktuelle Arbeit als Zusteller im 60 %-Pensum der gesundheitlichen Situation entspreche, sei der Versicherte angemessen eingegliedert (IV-act. 235).

B.b. Am 1. Dezember 2017 eröffnete die IV-Stelle dem Versicherten im Rahmen der Rentenprüfung, er habe sich einer erneuten Begutachtung durch Dr. D.____ zu unterziehen (IV-act. 240). Der Versicherte und Dr. C.____ wendeten dagegen am 20. Dezember 2017 im Wesentlichen ein, Dr. D.____ fehle es an der erforderlichen Qualität als Gutachter und dieser sei aufgrund von bereits mit Dr. C.____ ausgetragenen Meinungsverschiedenheiten massiv befangen (IV-act. 241). Hierzu nahm die IV-Stelle am 3. Januar 2018 Stellung, es handle sich um eine Verlaufsbeurteilung, die immer beim Erstgutachter durchgeführt werde. Des Weiteren sei der Einwand nach Ablauf der Rechtsmittelfrist eingereicht worden (IV-act. 242). In einem Bericht an den Gutachter vom 26. Januar 2018 hielt Dr. C.____ fest, der Versicherte sei seit 5. September 2017 erneut zu 100 % arbeitsunfähig. Es könne höchstens eine Arbeitsfähigkeit von 30 % bis 50 % im geschützten Rahmen erreicht werden (IV-act. 248-56 f.). Dr. D.____ kam im Verlaufsgutachten vom 22. März 2018 (IV-act. 248, Untersuchung 5. Februar 2018) zum Schluss, weder mit den vorliegenden akzentuierten Persönlichkeitszügen noch mit der bestehenden rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichte depressive



Episode, lasse sich eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen (IV-act. 248-50 ff.). Die IV-Stelle gewährte dem Versicherten nach Stellungnahme von RAD-Ärztin H.____ vom 28. März 2018 (IV-act. 249) das rechtliche Gehör zur vorgesehenen Abweisung des Leistungsbegehrens (Vorbescheid vom 28. März 2018, IV-act. 251). Dagegen liess der Versicherte am 26. April 2018 Einwand erheben (IV-act. 256).

B.c. Vom 5. Juni bis 25. Juli 2018 wurde der Versicherte in der Klinik I.____ als ambulanter Rehabilitationspatient therapiert. Dabei wurde eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1) diagnostiziert. Bei Austritt seien Vitalgefühle, Antrieb und Motivation leicht verbessert gewesen (Austrittsbericht vom 21. August 2018, IV-act. 280).

B.d. Dr. med. J.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, erstellte zuhanden des Case Managements der Arbeitgeberin am 13. Juni 2018 ein Gutachten über den Versicherten (Fremdakten, act. 2, Untersuchung vom 6. Juni 2018). Er diagnostizierte eine generalisierte Angststörung (ICD-10: F41.1) sowie eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige depressive Episode ohne somatisches Syndrom (ICD-10: F33.10; Fremdakten, act. 2-19). Bei einer Präsenzzeit von 80 % und einer Leistungseinschränkung von aktuell etwa 30 % sei der Versicherte zu 45 % arbeitsunfähig. Aufgrund der Akten und der Untersuchung gehe er davon aus, dass die Arbeitsfähigkeit seit dem 5. September 2017, als der behandelnde Psychiater eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert habe, zwischen 40 % und 50 % gelegen habe (Fremdakten, act. 2-27). Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien unter anderem die ebenfalls diagnostizierte Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst, ICD-10: F41.0) sowie der Verdacht auf eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit ängstlichen (vermeidenden) und abhängigen (asthenischen) Anteilen (ICD-10: F61.0; Fremdakten, act. 2-19). Dr. med. K.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, diagnostizierte gemäss einem Konsiliarbericht zuhanden des behandelnden Dr. C.____ vom 13. August 2018 eine chronisch-rezidivierende depressive Störung (ICD-10: F33.1) auf der Grundlage einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit depressiven, asthenischen, schizoiden, narzisstischen und unreifen Anteilen (ICD-10: F61) und schätzte die Arbeitsfähigkeit des Versicherten auf 50 % bis 60 % (IV-act. 268). In Ergänzung seines Einwands liess der Versicherte am 22. August 2018 darlegen, entgegen der Auffassung



St.Galler Gerichte

von Dr. D.____ liege mindestens eine mittelgradige depressive Episode vor und er habe Anspruch auf mindestens eine Viertelsrente (IV-act. 267). Dr. D.____ nahm am 23. Oktober 2018 im Wesentlichen Stellung, die von Dr. J.____ gestellten Diagnosen würden sich teilweise ausschliessen, so dass er die Arbeitsunfähigkeit von 45 % ausschliesslich mit der depressiven Episode begründe, welche jedoch gemäss seinen Ausführungen für sich alleine einer raschen Wiederaufnahme der Arbeit nicht entgegenstehen würde (IV-act. 271).

B.e. RAD-Ärztin H.____ äusserte sich am 15. November 2018, es könne weiterhin auf das Gutachten von Dr. D.____ vom 22. März 2018 abgestellt werden (IV-act. 275). Im Rahmen einer gewährten zweiten Anhörung (8. Januar 2019, IV-act. 276) liess sich der Versicherte am 24. Januar 2019 vernehmen, entgegen der Auffassung von Dr. D.____ könnten die Diagnosen Depression und Angststörung gleichzeitig gestellt werden. Bezüglich der Persönlichkeitsstörung verweise Dr. D.____ auf sein Gutachten aus dem Jahr 2011, womit es an einer aktuellen Beurteilung fehle (IV-act. 277). Am 1. März 2019 ersuchte er die IV-Stelle um Auskunft über Anzahl Gutachten und attestierte rentenbegründende Arbeitsunfähigkeiten von Dr. D.____ (IV-act. 282). Dies beantwortete die IV-Stelle am 14. März 2019, im Jahr 2018 seien an Dr. D.____ 48 Gutachtensaufträge erteilt worden. Es würden keine Auswertungen oder Statistiken geführt, aus denen Arbeitsfähigkeitsbeurteilungen der Begutachtungsstellen hervorgehen würden (IV-act. 283). RAD-Ärztin H.____ nahm am 26. März 2019 Stellung, die Diagnostik von Dr. D.____ sei korrekt. Er habe sich ausführlich mit der Persönlichkeitsstruktur des Versicherten auseinandergesetzt. Aus versicherungsmedizinischer Sicht könne weiterhin auf sein Gutachten abgestellt werden (IV-act. 284).

B.f. Die IV-Stelle wies mit Verfügung vom 3. April 2019 das Leistungsbegehren ab. Betreffend Unterstützung bei der Stellensuche könne sich der Versicherte erneut melden (IV-act. 285).

C.

C.a. Gegen die Verfügung vom 3. April 2019 lässt A.____, vertreten durch Rechtsanwältin K. Herzog, M.A. HSG in Law, am 24. Mai 2019 Beschwerde erheben. Er beantragt, die angefochtene Verfügung sei unter Kosten- und Entschädigungsfolgen aufzuheben und es seien ihm die gesetzlichen Leistungen zuzusprechen. Eventualiter



St.Galler Gerichte

seien weitere Abklärungen durchzuführen. Weiter seien ihm die unentgeltliche Rechtspflege und Rechtsverteidigung zu bewilligen. Zur Begründung lässt er im Wesentlichen ausführen, das Gutachten von Dr. D.____ sei nicht nachvollziehbar, da der Schluss, dass es ihm viel besser und auch gut gehe, nicht mit der erhobenen Anamnese übereinstimme. Gemäss Diagnosekriterien nach ICD-10 liege am ehesten eine mittelgradige und nicht wie von Dr. D.____ festgehalten eine leichte Depression vor. Das Vorhandensein einer Persönlichkeitsstörung verneine Dr. D.____ einzig mit Verweis auf sein Gutachten von 2011, ohne Berücksichtigung einer Fremdanamnese und der Schwierigkeiten an den Arbeitsstellen. Das Gutachten von Dr. J.____ sei bezüglich Anamnese und psychopathologischem Zustand bei mehr als doppelt so langer Dauer der Untersuchung deutlich ausführlicher als dasjenige von Dr. D.____. Werde nicht auf die Einschätzung von Dr. J.____, Dr. K.____ und Dr. C.____ abgestellt, sei zur Klärung der Sach- und Rechtslage ein Obergutachten notwendig. Bei der Bemessung des Valideneinkommens sei zu berücksichtigen, dass er aufgrund seiner gesundheitlichen Einschränkungen seit seiner Jugend keine Ausbildung habe absolvieren können. Bei einer Arbeitsfähigkeit adaptiert von höchstens 60 % resultiere unter Berücksichtigung eines Tabellenlohnabzuges von 10 % ein Invaliditätsgrad von 55 %, womit er ab Juli 2017 Anspruch auf eine halbe Rente habe (act. G 1).

C.b. Mit Beschwerdeantwort vom 22. Juli 2019 beantragt die Beschwerdegegnerin, die Beschwerde sei abzuweisen. Unter Verweis auf die Verfügung und die RAD-Stellungnahmen führt sie aus, weder Dr. J.____ noch die Rechtsvertreterin hätten objektive Gesichtspunkte dargelegt, welche Dr. D.____ in seinem Gutachten nicht beachtet habe. Dr. J.____ beurteile lediglich den gleichen medizinischen Sachverhalt abweichend von Dr. D.____. Dieser setze sich vertieft mit dem Gutachten von Dr. J.____ auseinander und zeige auf, warum er zu einer anderen Einschätzung gekommen sei (act. G 5).

C.c. Die Präsidentin bewilligt dem Beschwerdeführer am 6. August 2019 die unentgeltliche Rechtspflege (Befreiung von den Gerichtskosten und unentgeltliche Rechtsverteidigung; act. G 6).

C.d. Mit Replik vom 10. Oktober 2019 lässt der Beschwerdeführer vorbringen, aufgrund der grossen Zahl von jährlich für die IV erstellten Gutachten habe das



Gutachten von Dr. D.____ höchstens den Beweiswert einer versicherungsinternen medizinischen Beurteilung. Angesichts der nachvollziehbaren Ausführungen von Dr. J.____ bestünden ausreichende Zweifel an diesem, weswegen darauf nicht abgestellt werden könne (act. 10).

C.e. Die Beschwerdegegnerin verzichtet auf eine Duplik (act. G 12).

Erwägungen

1.

1.1. Die IV-Stelle des Kantons Appenzell Ausserrhoden erliess am 28. April 2016 die Mitteilung, weitere berufliche Massnahmen seien nicht angezeigt und würden somit abgeschlossen. Es bestehe auch kein Rentenanspruch (IV-act. 202). Sie hätte das Rentengesuch gemäss Art. 49 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) und Art. 74^{ter} der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) in Verfügungsform abweisen müssen. Die zu Unrecht formlos ergangene Entscheidung erlangt bei unterbliebener Intervention rechtsprechungsgemäss nach einem Jahr formelle Rechtskraft (Urteil des Bundesgerichts vom 11. Februar 2019, 8C_485/2018, E. 4.2). Vorliegend wandte sich der Beschwerdeführer mit Schreiben vom 23. November 2016 nochmals an die IV-Stelle des Kantons Appenzell Ausserrhoden, ohne jedoch eine anfechtbare Verfügung oder die Wiederaufnahme des Verfahrens zu verlangen (vgl. IV-act. 203). Er meldete sich sodann am 23. Februar 2017 bei der IV-Stelle des Kantons St. Gallen neu zum Leistungsbezug an (IV-act. 205 f.). Es ist mit den Parteien folglich von einer Wiederanmeldung auszugehen.

1.2. Die Beschwerdegegnerin hat eine erhebliche Änderung des Invaliditätsgrad gemäss Art. 87 Abs. 2 und 3 IVV als glaubhaft gemacht erachtet, indem sie auf das Gesuch vom 23. Februar 2017 (IV-act. 205 f.) eingetreten ist und schliesslich eine Begutachtung angeordnet hat. Ein Rentenanspruch aufgrund der Wiederanmeldung besteht vorliegend frühestens nach Ablauf der sechsmonatigen Frist gemäss Art. 29 Abs. 1 und 3 IVG am 1. August 2017.



2.

2.1. Bezüglich des Gutachtens von Dr. D.____ wird vorab geltend gemacht, dass es aus formellen Gründen - namentlich wegen Befangenheit - von eingeschränkter Beweiskraft sei.

2.1.1. Die Frage, ob Gutachten von Dr. D.____ aufgrund wirtschaftlicher Abhängigkeit dieses Gutachters von der IV einer mit verwaltungsinternen Berichten - etwa mit RAD-Untersuchungen - vergleichbare reduzierte Beweiskraft zukäme, so dass nicht darauf abgestellt werden könne, wenn auch nur geringe Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestünden, wurde vom Bundesgericht verneint (Urteil des Bundesgerichts vom 14. Januar 2020, 9C_824/2019, E. 2.3.4.1 f.).

2.1.2. Die Beschwerdegegnerin sandte dem Versicherten am 1. Dezember 2017 eine Mitteilung, wonach sie vorsehe, Dr. D.____ mit einer (weiteren) Begutachtung zu beauftragen. Triftige Einwendungen gegen unter anderem die begutachtende Person könnten bis 11. Dezember 2017 schriftlich eingereicht werden (IV-act. 240). Der Beschwerdeführer und der ihn behandelnde Dr. C.____ brachten in einem gemeinsamen Schreiben vom 20. Dezember 2017 gegen die von der Beschwerdegegnerin angekündigte Begutachtung durch Dr. D.____ unter anderem vor, dieser habe den Beschwerdeführer schon einmal begutachtet und aus seiner Sicht die Grundproblematik nicht erkannt. Er - Dr. C.____ - kenne ihn persönlich und habe ihn schon mehrfach aufgefordert, sich fachlich zu verbessern. Dr. D.____ habe in den letzten Gutachten erst recht gegen ihn Stellung genommen (IV-act. 241). Die Sachbearbeiterin der Beschwerdegegnerin antwortete am 3. Januar 2018, es handle sich um eine Verlaufsbeurteilung, die immer beim Erstgutachter durchgeführt werde. Zudem sei der Einwand verspätet (IV-act. 242).

2.1.3. Kritische Äusserungen zu behandelnden Ärzten durch einen Gutachter vermögen dessen Befangenheit nicht zu begründen (Urteil des Bundesgerichts vom 19. August 2016, 9C_276/2016, E. 3.1.2 mit Verweis). Im "umgekehrten Verhältnis", wo der behandelnde Arzt den Gutachter kritisiert, kann dies erst recht nicht zur Befangenheit führen, denn damit würde es in der Hand der behandelnden Ärzte liegen, durch ihr Verhalten den Anschein der Befangenheit zu begründen. Ebenso wenig bildet die Tatsache, dass Dr. D.____ den Versicherten schon einmal begutachtet hat und dabei zu einem aus dessen Sicht ungünstigen Ergebnis gelangt ist, einen Ausschlussgrund (BGE 132 V 110, E. 7.2.2). Es bestehen somit keine formellen Gründe gegen die Beweiskraft des Verlaufsgutachtens von Dr. D.____.



3.

Materiell bemängelt der Beschwerdeführer im Wesentlichen die von Dr. D.____ gestellten Diagnosen und die attestierte Arbeitsfähigkeit.

3.1. Den Krankheitsverlauf sowie die Erwerbsbiografie schildert der Beschwerdeführer wie folgt: Im Alter von etwa 13 Jahren habe er erstmals an einer Panikattacke mit verbliebenen Ängsten gelitten, so dass er im 9. Schuljahr die Sekundarschule habe abbrechen müssen. Eine begonnene Automonteurlehre habe er im ersten Jahr aufgegeben, weil es nicht der richtige Beruf gewesen, er schon damals gesundheitlich nicht voll belastbar gewesen sei. 199_ -199_ habe er erfolgreich den Vorkurs der Kunstgewerbeschule absolviert. 199_ sei ihm in der psychiatrischen Klinik Y.____ ein Medikament verabreicht worden, welches ihn sehr nervös gemacht habe. Diese Nebenwirkung habe nachgelassen, als ihm der Hausarzt Akineton gespritzt habe. Daraufhin hätten sich die Symptome zurückgebildet. Von 1997 bis 2000 habe er in einem 60 %-Pensum bei einer alternativen Werbefirma (L.____) gearbeitet. Nach drei Jahren sei er sich wegen geleisteten und nicht vergüteten Überstunden ausgenutzt vorgekommen und an seine psychische Belastungsgrenze gekommen, so dass er gekündigt habe. Anschliessend habe er zu 80 % bei einem Bäcker in der Backstube und als Auslieferer gearbeitet. Dieser habe ihn nach einem Jahr aus finanziellen Gründen entlassen. Für kurze Zeit habe er bei zwei ehemaligen Swisscom-Angestellten und ab ca. 200_ zu 100 % bei einem Einmannbetrieb auf dem Bau gearbeitet (Firma M.____, Baurenovationen). Ab 200_ habe er als selbständig Erwerbender mit diesem Mann zusammengearbeitet (vgl. Gutachten Dr. B.____ vom 31. Juli 2009, IV-act. 20-4 f., und Gutachten Dr. D.____ vom 26. Oktober 2011, IV-act. 63-26 ff.; Assessmentgespräch vom 9. April 2009, IV-act. 5). Daneben leistete der Beschwerdeführer jeweils im Januar/Februar der Jahre 2004 bis 2006 und 2008 Einsätze als Produktionsmitarbeiter im Z.____ AG auf Abruf (Angaben Arbeitgeberin vom 5. Mai 2009, IV-act. 8). Seit 24. November 2008 ist der Beschwerdeführer in psychiatrischer Behandlung bei Dr. C.____ (Arztbericht vom 4./8. Mai 2009, IV-act. 9 f.). Er arbeitete bis 2010 auf dem Bau und trat im Dezember 2010 eine 80 %-Stelle als "Personal Assistant" bzw. Chauffeur an (IV-act. 63-29; Arbeitsvertrag vom 8. Juni 2010, IV-act. 47 f.). Das Arbeitsverhältnis wurde per Ende Mai 2011 aufgelöst, nach Angabe des Beschwerdeführers wegen der effektiv grösseren als vereinbarten Präsenzzeit (IV-act. 63-29) und gemäss nachträglichem Kündigungsschreiben des Arbeitgebers vom 30. Juni 2011 wegen quantitativ und qualitativ unzureichender Leistung (IV-act. 57-2). Nach den Eingliederungsmassnahmen in den Jahren 2012 und 2013 (Arbeitsversuch E.____, Aufbautraining F.____ und Arbeitsversuch bei der Firma G.____ mit in Aussicht



gestellter Festanstellung) arbeitete der Beschwerdeführer ab März 2016 als Zusteller (IV-act. 223-3 f.; IV-act.227). Gemäss Dr. C.____ soll sich das depressive Zustandsbild ab August 2017 verschlechtert haben, so dass der Beschwerdeführer seit 5. September 2017 zu 100 % arbeitsunfähig sei (Bericht vom 26. Januar 2018, IV-act. 248-56 f.).

3.2. Sowohl anlässlich der Verlaufsgutachtung bei Dr. D.____ als auch bei Dr. J.____ beschrieb der Beschwerdeführer im Wesentlichen einen Rückgang der Panik, während er stärker unter Zukunftsängsten, Hoffnungslosigkeit, Ungewissheit und dem Gefühl, es an einem Arbeitsplatz nicht "schaffen zu können", "nicht mehr zu können" bzw. an Müdigkeit und innerer Leere leide. Er sei häufig traurig, breche in Tränen aus. Bei Dr. D.____ beschrieb er zusätzlich eine innere Unruhe und "zittrige Beine" (IV-act. 248-32; Fremdakten, act. 2-17). Im Befund erhoben beide Gutachter keine wesentlichen Störungen der Aufmerksamkeit, Konzentration, Auffassung, Merkfähigkeit bzw. des Gedächtnisses (IV-act. 248-35; Fremdakten, act. 2-18). Dr. D.____ beschrieb die Stimmung als leicht zum depressiven Pol hin verschoben (IV-act. 248-40), Dr. J.____ als vorwiegend ängstlich, angespannt, bedrückt, traurig, resigniert bis depressiv, im Hintergrund verzweifelt, reizbar, aggressiv, hoffnungslos (Fremdakten, act. 2-18). Der Affekt wurde übereinstimmend als leicht eingeschränkt moduliert und Mimik und Gestik als nicht besonders lebhaft bzw. leicht verarmt und verlangsamt beschrieben (IV-act. 248-36; Fremdakten, act. 2-18).

3.3. Während Dr. D.____ von einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit ausgeht (IV-act. 248-50 ff.), attestiert Dr. J.____ bei einer zumutbaren Präsenzzeit von 80 % und einer Leistungseinschränkung von etwa 30 % eine Arbeitsfähigkeit von 55 % (Fremdakten, act. 2-27). Für die Aufteilung zwischen zumutbarer Präsenzzeit und Leistungsfähigkeit lässt sich dem Gutachten keine direkte Begründung entnehmen. Jedoch äusserte der Beschwerdeführer den Wunsch, drei Tage aneinander zu arbeiten, um (an den freien Tagen) wieder ausreichend Energie für kreative Tätigkeiten zu haben (Fremdakten, act. 2-17, Ziff. 3.2.10).

3.3.1. Dem Beschwerdeführer wurde seit Beginn der Behandlung durch Dr. C.____ ein depressives Zustandsbild bzw. eine rezidivierende depressive Störung gegenwärtig remittiert (Gutachten Dr. D.____ vom 26. Oktober 2011, IV-act. 63-42) bzw. mit (höchstens) leichter (Gutachten Dr. B.____ vom 31. Juli 2009, IV-act. 20; Verlaufsgutachten Dr. D.____ vom 22. März 2018, IV-act. 248-46), leichter bis mittelgradiger (Gutachten Dr. J.____ vom 13. Juni 2018, Fremdakten, act. 2-19) bzw. mittel- bis schwergradiger Episode (Berichte Dr. C.____ vom 4./8. Mai 2009, IV-act. 9 f.,



vom 10. Mai 2011, IV-act. 50, vom 15./17. Mai 2017, IV-act. 222, 224, und vom 26. Januar 2018, IV-act. 248-56 f.; Austrittsbericht Klinik I.____ vom 21. August 2018, IV-act. 280; Konsiliarbericht Dr. K.____ vom 13. August 2018, IV-act. 268) diagnostiziert. Im Verlaufsgutachten vom 22. März 2018 stufte Dr. D.____ die depressive Episode als "höchstens leichtgradig" ein (IV-act. 248-46).

3.3.2. Den nach seiner Ansicht höchstens leichten Schweregrad der depressiven Erkrankung begründet Dr. D.____ zunächst mit der aktuellen Phänomenologie und einer testpsychologischen Abklärung (IV-act. 248-41). Gegen eine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustands seit seiner Erstbegutachtung im Jahre 2011 führte er zum Einen an, in den nichtmedizinischen Akten werde beschrieben, dass sich der Beschwerdeführer (nach anfänglichen Schwierigkeiten) sehr motiviert und engagiert gezeigt habe mit durchwegs guter Leistungsfähigkeit (IV-act. 248-47). Die Ausführungen in den Berichten F.____ sprächen dagegen, dass sich ein chronifiziertes depressives Zustandsbild (oder eine andere psychische Erkrankung) anhaltend auf die Arbeitsfähigkeit ausgewirkt habe (IV-act. 248-45). Zum Anderen habe der Beschwerdeführer nicht berichtet, dass es ihm (seit der Begutachtung im Jahr 2011) über längere Zeit anhaltend schlecht ergangen sei, vielmehr sei es ihm eine Zeit lang auch sehr viel besser und auch gut ergangen (IV-act. 248-42).

3.3.3. Dr. J.____ sieht in dieser Beurteilung von Dr. D.____ eine Diskrepanz zur Anamnese, wonach der Beschwerdeführer angegeben habe, es gehe ihm vielleicht tageweise bis zu einer Woche lang gut, meistens aber - wenn auch unterschiedlich - schlecht (vgl. IV-act. 248-21; Fremdakten, act. 2-27 f.). Dr. D.____ hält dem nachvollziehbar entgegen, dass sich seine beurteilende Aussage auf das Niveau der Depression beziehe, die Aussage der Anamnese hingegen die Veränderung der depressiven Symptome seit der Begutachtung 2011 betreffe (Stellungnahme vom 23. Oktober 2018, IV-act. 271-4).

3.3.4. Was die Eingliederung anbelangt, bewertete das W.____ in einer ersten Beurteilung am 3. Juli 2012 Ausdauer, Einsatz, Leistung, Arbeitstempo, Qualität, Belastbarkeit, Anpassungsfähigkeit, Aufmerksamkeit, Kontaktfähigkeit, Lernfähigkeit und Problemlösungsfähigkeit im mittleren Bereich (drei bzw. vier von sechs; IV-act. 101). Im Abschlussbericht vom 31. Oktober 2012 wurde festgehalten, es sei gelungen, Tempo und Qualität der Arbeit zu steigern. Die zu Beginn fehlende Eigeninitiative habe sich ebenfalls verbessert. Organisierte Transporte von Hilfsmitteln habe der Beschwerdeführer mit grosser Freude ausgeführt. Neuem und Unbekanntem gegenüber sei er eher zurückhaltend und unsicher gewesen. Ob bei höherem Pensum



die Konzentration aufrecht erhalten werden könne, sei nicht beurteilbar (IV-act. 122-2 f.). Im Schlussbericht F.____ vom 16. Juli 2013 wurde ausgeführt, der Beschwerdeführer habe eine gute Arbeitsqualität erbracht und die Leistung habe bei 60 % Präsenzzeit auf 100 % gesteigert werden können. Er verfüge über eine gute Merk-, Lern- und Umsetzungsfähigkeit, habe Interesse und Motivation gezeigt und sei psychisch stabil und belastbar (IV-act. 149). Der Inhaber der Firma G.____ äusserte im Standortgespräch am 13. September 2013, der Beschwerdeführer arbeite gut und zuverlässig. Er sei immer pünktlich und arbeite exakt. Er erbringe eine 100%ige Leistung und könne als vollwertiger Mitarbeiter angesehen werden (IV-act. 164). Schliesslich war es dem Beschwerdeführer möglich, während fast eineinhalb Jahren im von ihm selbst als nachvollziehbar stressbelastend beschriebenen Zustellbetrieb zu bestehen. Bis zum Zeitpunkt der Begutachtung durch Dr. D.____ wurden dem Beschwerdeführer mehrheitlich eine ausreichende Arbeitsqualität und -quantität attestiert, dies bei einem Arbeitspensum von jeweils 60 %. Daraus kann nun aber weder gefolgert werden, dass der Beschwerdeführer auch bei 100%iger Arbeitstätigkeit eine im ersten Arbeitsmarkt ausreichende Leistung hätte erbringen können, noch dass er mit einem 60 %-Pensum seine Belastungsgrenze erreicht hat.

3.3.5. Dr. J.____ führte die von ihm bestätigte Arbeitsunfähigkeit nicht nur auf die Depression, sondern auch auf eine generalisierte Angststörung (ICD-10: F41.1) zurück. Er hielt dazu fest, die Angstsymptome bildeten einen Teil der Depression, seien aber so ausgeprägt, dass eine eigene Diagnose gerechtfertigt sei (Fremdakten, act. 2-19). Dr. D.____ wandte dagegen ein, eine generelle Angststörung könne nicht gleichzeitig mit einer depressiven Episode (sowie mit einer Panikstörung und einer phobischen Störung, welche Dr. J.____ als Erkrankungen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufführte, Fremdakten, act. 2-19) diagnostiziert werden. Als die Arbeitsfähigkeit (möglicherweise) beeinträchtigend verbleibe somit einzig die rezidivierende depressive Störung (Stellungnahme vom 23. Oktober 2018, IV-act. 271). RAD-Ärztin H.____ bezeichnete diese Ausführungen als korrekt (Stellungnahmen vom 15. November 2018, IV-act. 275, und vom 26. März 2019, IV-act. 284). Dies stimmt insofern mit der ICD-10-Klassifikation überein, als bei ängstlichen und depressiven Symptomen einzelne Diagnosen lediglich zu stellen sind, wenn sie in so starker Ausprägung auftreten, dass sich dies rechtfertigt (vgl. Dilling/Freyberger Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen, 9. Aufl., Bern 2019, S. 167). Zudem wurde weder in der tagesklinischen Behandlung in der Klinik I.____ (Austrittsbericht vom 21. August 2018, IV-act. 280) noch durch Dr. K.____ (Konsiliarbericht vom 13. August 2018, IV-act. 268) eine eigenständige generalisierte Angststörung diagnostiziert. Mithin ist Dr. D.____ darin



zu folgen, dass die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers nicht zusätzlich durch eine generalisierte Angststörung eingeschränkt ist.

3.3.6. Verschiedentlich wurde dem Beschwerdeführer eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert, so durch Dr. C.____ eine schwere kombinierte Persönlichkeitsstörung mit schizoiden, narzisstischen und unreifen Elementen (Arztbericht vom 4./8. Mai 2009, IV-act. 9 f.) sowie durch Dr. K.____ eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit depressiven, asthenischen, schizoiden, narzisstischen und unreifen Anteilen (Konsiliarbericht vom 13. August 2018, IV-act. 268). Dr. J.____ formulierte in Bezug auf eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit ängstlichen (vermeidenden) und abhängigen (asthenischen) Anteilen aufgrund der Datenlage lediglich eine Verdachtsdiagnose (Gutachten vom 13. Juni 2018, Fremdakten, act. 2-19, 22 f.). Demgegenüber befanden Dr. B.____ und Dr. D.____, es lägen akzentuierte Persönlichkeitszüge mit emotional instabilen, narzisstischen und passiv-aggressiven (Gutachten Dr. B.____ vom 31. Juli 2009, IV-act. 20-6 f.) bzw. mit eher etwas abhängigen (Gutachten Dr. D.____ vom 26. Oktober 2011, IV-act. 63-42, 52; Verlaufsgutachten Dr. D.____ vom 5. Februar 2018, IV-act. 248-46) Anteilen vor. Zur Begründung lässt sich dem Gutachten von Dr. B.____ entnehmen, dass keine schweren psychischen Einschränkungen bestünden bzw. angegeben würden (IV-act. 20-11 f.). Dr. D.____ führte aus, ein auffälliges, andauerndes und gleichförmiges, tiefgreifendes, in vielen persönlichen und sozialen Situationen eindeutig unpassendes Verhalten hätte bei den psychiatrischen Untersuchungen auffallen müssen. Entgegen den Ausführungen von Dr. C.____ (Stellungnahme vom 13. Oktober 2009 zum Gutachten von Dr. B.____, IV-act. 29) sei nicht plausibel, dass eine Persönlichkeitsstörung verleugnet, abgespalten oder verdrängt werden könne. Die allgemeinen diagnostischen Leitlinien für eine Persönlichkeitsstörung seien nicht erfüllt (Gutachten vom 26. Oktober 2011, IV-act. 63-50 ff.). Für dieses Gutachten hatte Dr. D.____ beim behandelnden Psychotherapeuten eine ausführliche Fremdanamnese erhoben (vgl. IV-act. 63-35 f.). Im Verlaufsgutachten hielt er fest, wie im Vorgutachten begründet sei nach wie vor nicht von einer Persönlichkeitsstörung auszugehen (IV-act. 248-42), was plausibel erscheint, da es sich dabei um eine in der Kindheit oder Adoleszenz beginnende Entwicklung handelt (vgl. H. Dilling/H. Freyberger, a.a.O., S. 231). Demgegenüber führte Dr. K.____ aus, unter Zugrundelegung des Längsschnitts liege offensichtlich eine strukturelle Störung der Persönlichkeit vor mit unterschiedlich ausgeprägten Störungen der komplexen Ich-Funktionen wie Realitätsprüfung, Urteilsbildung, Beziehungsfähigkeit, Kontaktgestaltung, Affektsteuerung, Impulskontrolle, Selbstwertregulation sowie Intentionalität und Antrieb. Diese Beeinträchtigungen



gingen über diejenigen einer Doppeldepression (Dysthymie als Grundlage, major Depression phasenweise zusätzlich) hinaus (IV-act. 268-3). Zwar zeigt der schulische und berufliche Werdegang des Beschwerdeführers Auffälligkeiten (vgl. E. 3.1), die auf eine Persönlichkeitsstörung hindeuten könnten. Im Rahmen der Eingliederungsmassnahmen zeigte sich jedoch kein auffälliges, eindeutig unpassendes Verhalten des Beschwerdeführers (vgl. E. 3.3.4). Fachmedizinische Berichte aus der Jugend und Adoleszenz liegen nicht vor. Eine Einschränkung der Erwerbsfähigkeit durch eine Persönlichkeitsstörung ist folglich nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen.

3.3.7. Dr. C.____ erhob zunächst den Verdacht auf eine schizotype Störung (Arztbericht vom 4./8. Mai 2009, IV-act. 9 f.) und diagnostizierte gemäss Arztbericht vom 15./17. Mai 2017 eine dissoziative Störung (IV-act. 222, 224). Dr. D.____ nahm dazu Stellung, diese Diagnose sei weder begründet noch nach den Kriterien des ICD-10 hergeleitet worden. In der Anamnese fänden sich keine Hinweise für das Vorliegen einer entsprechenden Symptomatik (IV-act. 248-41). Dr. J.____ und Dr. K.____ stellten keine entsprechende Diagnose. Das Vorliegen dieser Diagnosen erscheint damit nicht plausibel.

3.3.8. Sämtliche Einschätzungen einer (höheren) Arbeitsunfähigkeit (als diejenige von Dr. D.____ und von Dr. B.____) beruhen massgeblich darauf, dass zusätzlich zur leichtgradigen Depression weitere psychiatrische Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt wurden. Dr. J.____ begründet seine Arbeitsunfähigkeits-schätzung unter anderem mit Beeinträchtigungen der kognitiven Fähigkeiten (Fremdakten, act. 2-27), für welche er aber gemäss Befund ausser Satzabbrüchen keine klinisch relevanten Hinweise gefunden hat (Fremdakten, act. 2-18). Dr. D.____ berücksichtigte sodann, dass die Persönlichkeitsakzentuierung dazu führen könne, dass rascher oder häufiger depressive Episoden aufträten. Als Ressourcen nennen sowohl Dr. D.____ als auch Dr. J.____ eine bis während der Tätigkeit als Zusteller vorhandene hohe Motivation und Leistungsbereitschaft (IV-act. 248-47; Fremdakten, act. 2-24). Einschränkend auf die Ressourcen dürfte sich die beim Beschwerdeführer vorhandene Überzeugung, nicht mehr als zu 60 % arbeitsfähig zu sein, auswirken. Der Beschwerdeführer gibt an, er gehe ein- bis zweimal täglich in die Stadt einen Kaffee trinken. Im Übrigen halte er sich oft in der Wohnung auf und habe im Wesentlichen Kontakt zu seiner Mitbewohnerin und deren Freund. Zum Ausüben der früheren Hobbys (Zeichnen, Modellflugzeuge etc.) fehle ihm in letzter Zeit die Energie bzw. Lust. Aktuell schlafe er oft (IV-act. 248-30 f.; Fremdakten, act. 2-15 f.). Die Behandlung umfasst je 14-tägliche Termine bei Dr. C.____ und beim Psychologen Herrn O.____ (IV-



act. 248-33). Diese nichtberuflichen Aktivitäten lassen nicht auf einen höheren Schweregrad der Depression oder auf eine andere schwer einschränkende psychische Erkrankung schliessen.

3.4.

3.4.1. Nach dem Gesagten ist das Gutachten von Dr. D.____ nachvollziehbar und schlüssig und berücksichtigt die nach dem strukturierten Beweisverfahren massgeblichen Indikatoren hinreichend. Es überzeugt insbesondere durch die ausführlich wiedergegebenen umfassenden Angaben des Beschwerdeführers (vgl. IV-act. 248-27 bis 34). Indes ist in Betracht zu ziehen, dass sich die depressive Symptomatik nachfolgend zur Begutachtung allenfalls verschlechterte, zumal der Beschwerdeführer am 5. Juni 2018 eine teilstationäre Behandlung in der Klinik I.____ aufnahm, wo eine mittelgradige depressive Episode festgehalten wurde. Demgegenüber beschrieb Dr. J.____ aufgrund seiner Untersuchung vom darauffolgenden Tag (6. Juni 2018) die depressive Episode als leicht bis mittelgradig. Es fällt auf, dass vom Klinikeintritt im Gutachten von Dr. J.____ vom 13. Juni 2018 keine Rede ist (Fremdakten, act. 2-17, Ziff. 3.2.9).

3.4.2. Dr. C.____ hatte am 26. Januar 2018 von einer Verschlechterung des depressiven Zustandsbildes im August 2017 berichtet, die zu einer 100%-igen Arbeitsunfähigkeit seit dem 5. September 2017 geführt habe. Nach Medikamentenumstellung habe sich eine leichte Besserung eingestellt, der Beschwerdeführer sei psychisch weiterhin sehr labil. Falls dies in den nächsten Wochen so bleibe, werde er ihn zur stationären Therapie in I.____ anmelden (IV-act. 248-57). Dr. J.____ ging von einer seit 5. September 2017 unveränderten, wenn auch höheren Arbeitsfähigkeit als Dr. C.____ aus (vgl. fremd-act. 2-27). Aufgrund des Umstands, dass der Beschwerdeführer sich in teilstationäre Behandlung in die Klinik I.____ begab, kann somit nicht auf eine seit der Verlaufsbeurteilung von Dr. D.____ eingetretene Verschlechterung der depressiven Symptomatik geschlossen werden. Dr. D.____ hat zu den weiteren Arztberichten von Dr. C.____, Dr. K.____ und Dr. J.____ ausführlich Stellung genommen (IV-act. 271). Wie er zu Recht ausführt, wird insbesondere auch im Konsiliarbericht von Dr. K.____ keine Verschlechterung des gesundheitlichen Zustandes beschrieben, so dass davon auszugehen ist, dass Dr. K.____ denselben Zustand anders beurteilt (vgl. IV-act. 271-6 und 268). Die RAD-Ärztin H.____ hat die Stellungnahme von Dr. D.____ am 15. November 2018 als gut nachvollziehbar und plausibel eingeschätzt (IV-act. 275). Eine Verschlechterung der depressiven Symptomatik nach der Begutachtung bei Dr. D.____ erscheint folglich weder plausibel noch überwiegend wahrscheinlich. Gestützt auf das



überzeugende Gutachten von Dr. D.____ ist somit von einer vollständigen Arbeitsfähigkeit auszugehen, womit der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Rente hat. Da bei einer vollständigen Arbeitsfähigkeit selbst unter Berücksichtigung eines Valideneinkommens nach Art. 26 IVV sich kein rentenbegründender IV-Grad ergibt, kann die Frage der Frühinvalidität offenbleiben. Aufgrund der vorliegenden Gutachten wäre im Übrigen nicht ausgewiesen, dass der fehlende Berufsabschluss des Beschwerdeführers auf gesundheitliche Gründe zurückzuführen ist.

4.

4.1. Nach dem Gesagten ist die Beschwerde abzuweisen.

4.2. Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Dem unterliegenden Beschwerdeführer sind die Gerichtskosten vollumfänglich aufzuerlegen. Zuzufolge unentgeltlicher Rechtspflege ist er von der Bezahlung zu befreien.

4.3. Der Staat bezahlt zufolge unentgeltlicher Rechtsverteiständung die Kosten der Rechtsvertretung des Beschwerdeführers. 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 für Rechtsanwälte und Rechtsagenten des Kantons St. Gallen (HonO; sGS 963.75) pauschal Fr. 1'500.-- bis Fr. 15'000.--. Die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers macht einen Aufwand von 15,79 Stunden und ein Honorar von Fr. 4'421.50 (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) geltend. Der medizinische Sachverhalt umfasst unter anderem vier eher umfangreiche und komplexe monodisziplinäre psychiatrische Gutachten. Damit liegt der Aufwand über dem in invalidenversicherungsrechtlichen Fällen Durchschnittlichen. In Anbetracht dessen, dass aber lediglich das psychiatrische Fachgebiet betroffen ist, erscheint ein Honorar von Fr. 4'000.-- einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer angemessen. Dieses ist um einen Fünftel zu kürzen (Art. 31 Abs. 3 des Anwaltsgesetzes, sGS 963.70). Somit hat der Staat die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers pauschal mit Fr. 3'200.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen.

4.4. Eine Partei, der die unentgeltliche Rechtspflege gewährt wurde, ist zur Nachzahlung verpflichtet, sobald sie dazu in der Lage ist (Art. 123 der Schweizerischen



Zivilprozessordnung [ZPO; SR 272] i.V.m. Art. 99 Abs. 2 des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege [VRP; sGS 951.1]).

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Der Beschwerdeführer wird von der Bezahlung der Gerichtsgebühr in der Höhe von Fr. 600.-- zufolge unentgeltlicher Rechtspflege befreit.
3. Der Staat entschädigt die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers zufolge unentgeltlicher Rechtsverteisterung mit Fr. 3'200.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer).