



Fall-Nr.: IV 2019/191
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 20.12.2021
Entscheiddatum: 14.06.2021

Entscheid Versicherungsgericht, 14.06.2021

Die gutachterliche Arbeitsfähigkeitsschätzung vermag nur für die Zeit nach der zweiten teilstationären psychiatrischen Behandlung zu überzeugen. Zuvor ist auf die Einschätzungen der behandelnden Ärzte abzustellen. Zusprache einer befristeten halben Rente (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 14. Juni 2021, IV 2019/191).

Entscheid vom 14. Juni 2021

Besetzung

Präsidentin Miriam Lendfers, Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider und Versicherungsrichter Joachim Huber; Gerichtsschreiber Markus Jakob

Geschäftsnr.

IV 2019/191

Parteien

A.____,

Beschwerdeführer,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,



Gegenstand

Rente

Sachverhalt

A.

A.a. A.___, gelernter Elektromechaniker EFZ (nachfolgend: Versicherter), arbeitete zuletzt (bis Anfang 2010) für eine Temporärfirma als Maschinenmonteur. Danach war er arbeitslos bzw. nichterwerbstätig, absolvierte jedoch verschiedene vom Regionalen Arbeitsvermittlungszentrum (RAV) und vom Sozialamt organisierte Arbeitsprogramme (IV-act. 1, 3, 9, 22-1).

A.b. Ab dem 17. August 2016 wurde dem Versicherten von den Ärzten des Psychiatrischen Zentrums B.___ eine krankheitsbedingte 50%ige und ab dem 10. Oktober 2016 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (IV-act. 6). Am 2. Dezember 2016 (Eingang IV-Stelle: 5. Dezember 2016) meldete sich der Versicherte zum Bezug von IV-Leistungen an (Berufliche Integration/Rente; IV-act. 1). Im Arztbericht des Psychiatrischen Zentrums B.___ vom 21. Dezember 2016 diagnostizierten Dr. med. C.___ und lic. phil. D.___ eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1), sowie einen schädlichen Gebrauch von Alkohol (ICD-10: F10.26), gegenwärtig episodischer Substanzgebrauch (IV-act. 10). In der Stellungnahme vom 4. Januar 2017 ging RAD-Ärztin med. pract. E.___, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, gestützt auf die Akten von einem gewissen Eingliederungspotential respektive von einer zirka 50%igen Arbeitsfähigkeit des Versicherten ab Mitte Januar 2017 aus (IV-act. 14). Im Austrittsbericht vom 13. Februar 2017 über die Behandlung des Versicherten in der Tagesklinik des Psychiatrischen Zentrums B.___ vom 12. September 2016 bis 20. Januar 2017 diagnostizierten Dr. C.___ und lic. phil. D.___ noch eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F33.11). Bescheinigt wurde eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bis 31. Januar 2017. Die Nachbehandlung des Versicherten fand im Ambulatorium des Psychiatrischen Zentrums B.___ statt (IV-act. 21). Im Februar/März 2017 absolvierte der Versicherte eine vom Sozialamt organisierte



vierzehntägige Schnupperphase in der Schreinerei der Institution F.____. Die berufliche Abklärung ergab eine Nichteignung des Versicherten für den ersten Arbeitsmarkt. Der F.____ bot dem Versicherten eine Anstellung mit einem 50%-Pensum ab dem 3. April 2017 an. Die IV-Stelle erachtete eine Integrationsmassnahme mit dem Ziel der Wiederintegration in den ersten Arbeitsmarkt als zweckmässiger als eine Anstellung im zweiten Arbeitsmarkt im F.____. Nach Rücksprache mit der behandelnden Psychiaterin entschied sich der Versicherte für die Anstellung im F.____ mit dem Ziel, zumindest vorerst eine Stabilität im zweiten Arbeitsmarkt aufzubauen (IV-act. 23). Im Arztbericht des Psychiatrischen Zentrums B.____ vom 11. Juli 2017 wurde dem Versicherten – bei gleicher Diagnose – eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Maschinenmonteur ab dem 27. Februar 2017 attestiert. Im Weiteren wurde erwähnt, dass der Versicherte unter körperlichen Einschränkungen leide. So führten wiederkehrende Abszesse, bei denen jeweils operativ interveniert werden müsse, zu längerfristigen Krankheitsabsenzen. Zudem leide der Versicherte an Schmerzen an den Händen und Deformationen an den Handgelenken (IV-act. 27).

A.c. In der Stellungnahme vom 30. August 2017 erklärte RAD-Ärztin med. pract. E.____, dass sie die diagnostische Einschätzung der behandelnden Ärzte nicht nachvollziehen könne, denn die im psychopathologischen Befund angegebenen Symptome entsprächen einer leicht- bis maximal mittelgradigen depressiven Störung (ohne somatisches Syndrom). Sie schätzte aus psychiatrischer Sicht die Arbeitsfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt auf mindestens 50 % und schloss eine Steigerung nicht aus (IV-act. 29).

A.d. Mit Schreiben vom 1. September 2017 teilte die IV-Stelle dem Versicherten die Abweisung des Leistungsbegehrens um berufliche Massnahmen mit, denn gemäss der Eingliederungsverantwortlichen der IV-Stelle sehe er sich nicht in der Lage, an beruflichen Massnahmen teilzunehmen (IV-act. 32).

A.e. In einem undatierten Arztbericht (Eingang IV-Stelle: 16. November 2017) diagnostizierte med. pract. G.____, Facharzt für Allgemeinmedizin, rezidivierende Abszess-Bildungen wechselhafter Lokalisation sowie eine rezidivierende depressive Störung, mittelgradig, mit somatischen Symptomen. Wegen Rückenschmerzen sei der



Versicherte in physiotherapeutischer Behandlung. Aus medizinischer Sicht sei ihm die bisherige Tätigkeit in einem 50%-Pensum zumutbar (IV-act. 37).

A.f. Von 12. Februar bis 12. April 2018 war der Versicherte erneut in der Tagesklinik des Psychiatrischen Zentrums B.____ in Behandlung. Im Arztbericht vom 3. April 2018 wurden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1), und ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit anamnestisch psychische Störungen und Verhaltensstörungen durch den schädlichen Gebrauch von Alkohol (seit ca. 8 Jahren episodischer Substanzgebrauch; ICD-10: F10.1) diagnostiziert. Zur Arbeitsfähigkeit wurde erklärt, dass derzeit eine Teilzeitbeschäftigung im geschützten Rahmen – jedoch nicht im ersten Arbeitsmarkt – möglich sei (IV-act. 47). Am 11. Juni 2018 wurde der Versicherte in der Psychiatrie H.____, testpsychologisch untersucht. Die Untersuchung zeigte, dass die Kriterien für eine selbstunsichere und depressive Persönlichkeitsstörung erfüllt waren, wobei jedoch die depressive Persönlichkeit aufgrund der Achse-I-Störung überlagert sein dürfte. Zudem gebe es Hinweise auf eine rezidivierende depressive Symptomatik, aktuell teilremittiert (IV-act. 54-3ff.). Im Arztbericht vom 2. Juli 2018 erklärte Dr. med. I.____, Hautarztpraxis I.____ AG, dass der Versicherte keine IV-relevante dermatologische Diagnose habe (IV-act. 55; vgl. dazu den Arztbericht des Departements Innere Medizin, Infektiologie/Spitalhygiene, des Kantonsspitals St. Gallen [nachfolgend: KSSG] vom 4. Juli 2018, IV-act. 58). Aufgrund der Stellungnahme des RAD vom 24. August 2018 (IV-act. 62) veranlasste die IV-Stelle eine polydisziplinäre Begutachtung (Allgemeine Innere Medizin, Neuropsychologie, Orthopädie und Psychiatrie) des Versicherten (IV-act. 63ff.).

A.g. Das polydisziplinäre Gutachten der estimed AG vom 15. Februar 2019 (IV-act. 74) beruht auf den IV-Akten sowie der allgemeinen internistischen Untersuchung vom 13. November 2018 durch Dr. med. J.____, Fachärztin für Innere Medizin FMH, der psychiatrischen Untersuchung vom 21. November 2018 durch med. pract. K.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, der neuropsychologischen Untersuchung vom 11. Dezember 2018 durch lic. phil. L.____, Neuropsychologin, und Dipl.-Psych. M.____, Fachpsychologin für Neuropsychologie und Psychotherapie, sowie der orthopädischen Untersuchung vom 16. Januar 2019 durch Dr. med. N.____, Facharzt für Orthopädie und Rheumatologie, (vgl. IV-act. 74-8, 74-106). Die Fachpersonen stellten



ausschliesslich Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: eine Hypothyreose, rezidivierende Abszess-Bildungen und Follikulitiden wechselhafter Lokalisation (akten-anamnestisch seit Ende 2017), Acne inversa ED 03/2018, Nikotinkonsum kumulativ ca. 12 pack years, ein Zustand nach rezidivierenden depressiven Störungen, nicht näher bezeichnet (ICD-10: F33.9), eine Dysthymia (ICD-10: F34.1), psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, Abhängigkeitssyndrom, aktuell Substanzgebrauch (ICD-10: F10.2), psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide, Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtig Substanzgebrauch (ICD-10: F12.2), Zustand nach psychischer und Verhaltensstörung durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen, Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtig abstinent, sowie eine akzentuierte Persönlichkeit (dependente, asthenische, selbstunsichere, dysthyme strukturierte Primärpersönlichkeit mit soziophoben "Einsprengeln", ICD-10: Z73.1; IV-act. 74-13). Ausgegangen wurde sowohl bezüglich der angestammten Tätigkeit als auch einer Verweistätigkeit von einer vollen Arbeitsfähigkeit seit mindestens 1. Januar 2018 (IV-act. 74-15ff.).

A.h. In der Stellungnahme vom 25. März 2019 erachtete RAD-Ärztin med. pract. E.____ die Arbeitsfähigkeit ausser während der beiden teilstationären Behandlungen in den Jahren 2016/2017 und 2018 als nicht eingeschränkt (IV-act. 75).

A.i. Mit Vorbescheid vom 8. Mai 2019 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, dass vorgesehen sei, das Gesuch um eine Invalidenrente abzuweisen, denn die Abklärungen hätten ergeben, dass aus versicherungsmedizinischer Sicht keine objektivierbare Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit vorliege. Demzufolge könne von einer vollen Arbeitsfähigkeit in der angestammten wie auch in jeder adaptierten Tätigkeit ausgegangen werden (IV-act. 77). Am 12. Juni 2019 erhob der Versicherte Einwand gegen den Vorbescheid vom 8. Mai 2019 und beantragte Eingliederungsmassnahmen (IV-act. 86).

A.j. Mit Verfügung vom 24. Juni 2019 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren ab. Zur Begründung wurde angeführt, dass aus versicherungsmedizinischer Sicht keine objektivierbare Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit vorliege, weshalb von einer vollen Arbeitsfähigkeit in der angestammten wie auch in jeder adaptierten



Tätigkeit ausgegangen werden könne. Der Invaliditätsgrad betrage 0 %. Zum Einwand des Beschwerdeführers vom 12. Juni 2019 wurde erklärt, der vorliegende primäre Suchttyp schliesse eine Rentenleistung von vorherein aus. Zu den geforderten beruflichen Massnahmen wurde ausgeführt, dass solche eine Invalidität voraussetzen würden. Da die Arbeitsunfähigkeit vor allem durch das Abhängigkeitsverhalten begründet sei, liege keine Invalidität im Sinne des IV-Gesetzes vor (IV-act. 87).

B.

B.a. Gegen die Verfügung vom 24. Juni 2019 richtet sich die vorliegende Beschwerde vom 14. Juli 2019. Der Beschwerdeführer beantragt darin die Überprüfung der Invalidität, denn er leide an einer schweren Depression, weshalb er erneut in der Tagesklinik des Psychiatrischen Zentrums B.____ angemeldet sei, und habe extreme Rückenschmerzen. Im Weiteren rügt er, dass weder ihm noch seinem Arzt med. pract. G.____ Akteneinsicht gewährt worden sei (act. G 1). Der Beschwerde beigelegt war der Arztbericht vom 14. Mai 2019 von Dr. med. O.____, FMH Radiologe, Klinik P.____, über die am gleichen Tag durchgeführte Magnetresonanztomographie der Lendenwirbelsäule. Die Untersuchung hatte eine nach kaudal hin zunehmende multisegmentale Facettengelenksarthrose und mässige Osteochondrose ergeben, akzentuiert bei L5/S1, mit zarten zirkulären Diskusprotrusionen und relativer Einengung des Spinalkanals bei L2/3, L3/4 und L4/5 (act. G 1.2).

B.b. Die Beschwerdegegnerin beantragt in der Beschwerdeantwort vom 29. August 2019 die Abweisung der Beschwerde. Begründet wird dies insbesondere damit, dass eine Verletzung des rechtlichen Gehörs nicht vorliege, denn die Akten seien zweimal dem vom Beschwerdeführer bezeichneten Arzt med. pract. G.____ sowie der vom Beschwerdeführer zur Akteneinsicht autorisierten Pro Infirmis zugestellt worden. Die Gutachter der estimed AG hätten ihre Diagnosen und Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit nachvollziehbar dargelegt, weshalb vollumfänglich auf das Gutachten abgestellt werden könne. Da eine 100%ige Arbeitsfähigkeit attestiert worden sei, bestehe kein Rentenanspruch, und berufliche Massnahmen würden ebenfalls entfallen. Zum geltend gemachten Bandscheibenvorfall wurde erklärt, dass dieser bei Verfügungserlass noch nicht bestanden habe. Zudem gehe aus dem Arztbericht von



St.Galler Gerichte

Dr. O.____ vom 14. Mai 2019 nicht hervor, dass die Thorakolumbalgie eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit habe (act. G 8).

B.c. Am 5. September 2019 bewilligte das Versicherungsgericht das Gesuch des Beschwerdeführers um unentgeltliche Rechtspflege (Befreiung von den Gerichtskosten; act. G 9).

B.d. Der Beschwerdeführer verzichtete innert der angesetzten Frist auf die Einreichung einer Replik, woraufhin der Schriftenwechsel für abgeschlossen erklärt wurde (act. G 10f.).

Erwägungen

1.

Vorliegend streitig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung hat. Der Beschwerdeführer ist sinngemäss der Ansicht, dass seine gesundheitliche Situation unzutreffend gewürdigt worden sei, und weist hin auf das Vorliegen von schweren Depressionen, weswegen er erneut in der Tagesklinik des Psychiatrischen Zentrums B.____ angemeldet sei, sowie ein Rückenleiden (Bandscheibenvorfälle, Facettengelenksarthrose; act. G 1). Die Beschwerdegegnerin verneint insbesondere gestützt auf das polydisziplinäre Gutachten der estimated AG vom 15. Februar 2019 einen Rentenanspruch und hält den Sachverhalt für ausreichend abgeklärt (act. G 8).

2.

2.1. 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]). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Erwerbsunfähigkeit ist der durch 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). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen



Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

2.2. Nach Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht ein Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein Anspruch auf eine Viertelsrente.

2.3. Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen).

2.4. Im Sozialversicherungsrecht gilt der Untersuchungsgrundsatz. Verwaltung und Sozialversicherungsgericht haben von sich aus für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen (BGE 122 V 158 E. 1a). Die Sozialversicherungsgerichte haben die Beweise umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das gesamte Beschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG). Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach entscheidend, ob dieser 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 und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis).



3.

Vorweg zu prüfen ist die Rüge des Beschwerdeführers, dass weder ihm noch seinem Arzt med. pract. G.____ Einsicht in die IV-Akten gewährt worden sei (act. G 1).

3.1. In der Beschwerdeantwort vom 29. August 2019 (act. G 8) führte die Beschwerdegegnerin dazu insbesondere aus, dass sie am 7. Juni 2019 die Akten an den vom Beschwerdeführer am 31. Mai 2019 bezeichneten Arzt med. pract. G.____ zugesandt habe. Am 16. Juli 2019 habe der Beschwerdeführer den Nichterhalt der Akten gemeldet, woraufhin die Akten dem Arzt am 18. Juli 2019 nochmals zugestellt worden seien. Zudem seien die Akten auch der vom Beschwerdeführer für die Akteneinsicht bevollmächtigten Pro Infirmis zugestellt worden. Dem Einwand vom 12. Juni 2019 könne entnommen werden, dass der Beschwerdeführer von den IV-Akten Kenntnis gehabt habe (act. G 8).

3.2. Gemäss Art. 47 Abs. 1 lit. a ATSG steht der versicherten Person, sofern überwiegende Privatinteressen gewahrt bleiben, für die sie betreffenden Daten die Akteneinsicht zu. Falls es sich um Gesundheitsdaten handelt, deren Bekanntgabe sich für die zur Einsicht berechtigte Person gesundheitlich nachteilig auswirken könnte, so kann von ihr verlangt werden, dass sie einen Arzt oder eine Ärztin bezeichnet, der oder die ihr diese Daten bekannt gibt (Abs. 2).

3.3. Dass die Beschwerdegegnerin die IV-Akten nicht direkt dem Beschwerdeführer, sondern einem bzw. einer von ihm bezeichneten Arzt oder Ärztin zustellen wollte, begründete sie dem Beschwerdeführer gegenüber damit, dass in medizinischen Unterlagen sehr oft mit Fachbegriffen gearbeitet werde, die falsch interpretiert werden könnten (IV-act. 80). Ob dies ein hinreichender Grund ist für die Zustellung der Akten an den behandelnden Arzt anstelle einer Direktzustellung an den Beschwerdeführer und ob die Aktenzusendung an med. pract. G.____ letztlich verspätet erfolgte (vgl. dazu die beiden Begleitbriefe zu den Akten-CDs in IV-act. 85 und 89), braucht vorliegend nicht geprüft zu werden. Denn eine Verletzung des rechtlichen Gehörs durch verspätete Akteneinsicht liegt jedenfalls nicht vor. Die IV-Akten wurden nämlich zusätzlich am 4. Juni 2019 der vom Beschwerdeführer zur Akteneinsicht ebenfalls bevollmächtigten Pro Infirmis elektronisch zugestellt bzw. ihr zum Abruf zur Verfügung gestellt (vgl. IV-act. 82, 84). Im Einwand vom 12. Juni 2019 (IV-act. 86) machte der Beschwerdeführer nicht geltend, dass ihm die Akteneinsicht noch nicht gewährt worden sei. Wie aus dem Einwand ersichtlich ist, hat die Pro Infirmis, welche Kenntnis der IV-Akten hatte, den Beschwerdeführer bei der Ausfertigung des Einwands



unterstützt. Festzuhalten ist somit, dass die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer im Ergebnis rechtsgenügend Akteneinsicht gewährt hat.

4.

Nachstehend zu prüfen ist, ob der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers ausreichend geklärt sind.

4.1. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann zunächst nur relevant sein, wenn sie Folge einer fachärztlich einwandfrei diagnostizierten Gesundheitsbeeinträchtigung ist (vgl. Bundesgerichtsentscheid vom 15. Mai 2017, 8C_95/2017; BGE 130 V 396).

4.1.1. Da die diagnostische Einordnung einer psychischen Störung allein das objektiv bestehende tatsächliche Leistungsvermögen nicht festlegt, legte das Bundesgericht hinsichtlich der versicherungsrechtlichen Beurteilung von psychischen Leiden fest, dass die funktionellen Folgen der Gesundheitsschädigung qualitativ zu erfassen und quantitativ einzuschätzen sind (vgl. BGE 141 V 281 E. 3.1, 143 V 418 E. 4.1.2 und E. 7.1f.). Für die Beurteilung des funktionellen Leistungsvermögens sind – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – gemäss BGE 141 V 281 also in der Regel diverse Standardindikatoren beachtlich. Diese hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.1.3): Kategorie "funktioneller Schweregrad" (E. 4.3) mit den Komplexen "Gesundheitsschädigung" (Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome; Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz; Komorbiditäten [E. 4.3.1]), "Persönlichkeit" (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen [E. 4.3.2]) und "sozialer Kontext" (E. 4.3.3) sowie Kategorie "Konsistenz" (Gesichtspunkte des Verhaltens [E. 4.4]) mit den Faktoren gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) und behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2).

4.1.2. Im Urteil vom 11. Juli 2019 zur invalidenversicherungsrechtlichen Relevanz von Abhängigkeitssyndromen (psychische Störungen durch psychotrope Substanzen; BGE 145 V 215) legte das Bundesgericht fest, dass neu auch primäre Abhängigkeitssyndrome grundsätzlich einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen seien, denn in der final konzipierten Invalidenversicherung bestehe keine Grundlage dafür, das Herbeiführen einer Suchterkrankung durch den willentlichen Konsum von Suchtmitteln zum Anlass zu nehmen, einen versicherten Gesundheitsschaden zum vornherein zu verneinen und mit der Begründung eines



Selbstverschuldens der versicherten Person auf jegliche weitere Prüfung der funktionellen Einschränkungen zu verzichten (vgl. BGE 145 V 215 insb. Ingress und E. 5.3.1). Im Rahmen des strukturierten Beweisverfahrens sei dem Schweregrad der Abhängigkeit im konkreten Einzelfall Rechnung zu tragen, denn bei Abhängigkeitserkrankungen liege oft eine Gemengelage aus krankheitswertiger Störung sowie psychosozialen und soziokulturellen Faktoren vor. Letztere seien selbstverständlich auch bei Abhängigkeitserkrankungen auszuklammern, wenn sie direkt negative funktionelle Folgen zeitigten. Eine krankheitswertige Störung müsse umso ausgeprägter vorhanden sein, je stärker psychosoziale oder soziokulturelle Faktoren das Beschwerdebild mitprägten (vgl. BGE 145 V 215 E. 6.3).

4.2. Über den Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers gibt insbesondere das polydisziplinäre Gutachten der estimed AG vom 15. Februar 2019 Auskunft (IV-act. 74).

4.3. Die orthopädische Untersuchung des Beschwerdeführers fand am 16. Januar 2019 statt. Gutachter Dr. N.____ hatte dabei Kenntnis von den Röntgenbildern vom 3. Mai 2017, welche eine mässige Osteochondrose L4-S1 mit leichter Bandscheibenhöhenminderung und eine leichte diffuse Spondylose, teilweise mit kleinen Spondylophyten, zeigten (IV-act. 74-70). Die Untersuchung ergab ansonsten jedoch keine Auffälligkeiten im Bereich des gesamten Bewegungsapparates, insbesondere lagen weder Einschränkungen bei der Wirbelsäulenbeweglichkeit noch nennenswerte Verspannungen der Rückenmuskulatur vor. Eine Behandlungsbedürftigkeit bestand nicht. Dr. N.____ erhob aus orthopädischer Sicht keine Diagnosen mit Relevanz auf die Arbeitsfähigkeit (IV-act. 74-69ff.; vgl. auch die Ausführungen zum Bewegungsapparat im internistischen Teilgutachten, IV-act. 74-41). In der Beschwerde vom 14. Juli 2019 (act. G 1) machte der Beschwerdeführer eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit infolge eines Rückenleidens geltend und reichte dazu als Beweis den Arztbericht von Dr. O.____ vom 14. Mai 2019 ein. Die dazumal von Dr. O.____ durchgeführte MRI-Untersuchung ergab eine nach kaudal hin zunehmende multisegmentale Facettengelenksarthrose und mässige Osteochondrose, akzentuiert bei L5/S (zutreffend wohl: S1), mit zarten zirkulären Diskusprotrusionen und relativer Einengung des Spinalkanals bei L2/3, L3/4 und L4/5. Die mässige Osteochondrose war im Wesentlichen bereits für Dr. N.____ auf der Bildgebung vom 3. Mai 2017 ersichtlich gewesen. Der Spinalkanal zeigte sich im MRI vom 14. Mai 2019 nur an einigen Segmenten "relativ" eng, an anderen nicht (act. G 1.2). Hinweise darauf, dass aufgrund vermehrter Rückenschmerzen die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers im Verfügungszeitpunkt relevant eingeschränkt gewesen sein könnte, ergeben sich aus



dem Bericht zum neuen MRI jedenfalls nicht. Auch med. pract. G.____, an den der MRI-Bericht adressiert war, äusserte sich nicht in diese Richtung. Zudem erklärte der Beschwerdeführer noch anlässlich der gutachterlichen Untersuchung vom 16. Januar 2019 (und damit nur vier Monate vor dem neuen MRI), dass auf orthopädischem Gebiet in den vergangenen Jahren keine wesentlichen Erkrankungen festgestellt oder Behandlungen durchgeführt worden seien. Zwar sei im Vorjahr eine Vorstellung bei einem Orthopäden erfolgt wegen allgemeiner Rückenschmerzen, eine wesentliche Erkrankung sei jedoch nicht festgestellt worden. Es liege eher an der schlechten Haltung und Muskulatur (vgl. IV-act. 74-65). Dass sich die Situation bezüglich der Rückenschmerzen zwischen der Begutachtung vom 16. Januar 2019 und dem Verfügungserlass relevant verändert haben könnte, belegt der Bericht zum MRI vom 14. Mai 2019 jedenfalls nicht. Auch weitere Akten, die belegen könnten, dass zum Verfügungszeitpunkt (24. Juni 2019) eine orthopädisch bedingte Arbeitsunfähigkeit bestanden haben könnte, liegen nicht im Recht. Es ist daher auf das schlüssige und nachvollziehbare orthopädische Teilgutachten von Dr. N.____ abzustellen und aus orthopädischer Sicht von einer unbeeinträchtigten Arbeitsfähigkeit ausgehen. Sollte sich der Gesundheitszustand seit dem Zeitpunkt der Verfügung verschlechtert haben, steht es dem Beschwerdeführer frei, ein erneutes Gesuch um IV-Leistungen zu stellen (vgl. dazu die Beschwerdeantwort vom 29. August 2019, act. G 8-4, Ziff. 4).

4.4. Die internistische Gutachterin Dr. J.____ konnte ebenfalls nur Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erheben (Hypothyreose, rezidivierende Abszess-Bildungen und Follikulitiden wechselhafter Lokalisation, Acne inversa, Nikotinkonsum; IV-act. 74-49/52). Diese Einschätzung vermag zu überzeugen, zumal bei operativen Eingriffen insbesondere wegen der rezidivierenden Abszess-Bildungen nur mit einer zeitlich begrenzten Arbeitsunfähigkeit zu rechnen ist. Anderes macht auch der Beschwerdeführer nicht geltend. Für weitere internistische Abklärungen besteht daher auch keine Notwendigkeit.

4.5. Psychiater med. pract. K.____ hatte den Beschwerdeführer am 21. November 2018 untersucht. Das psychiatrische Teilgutachten stammt vom 28. November 2018 (Fertigstellungszeitpunkt, vgl. IV-act 74-109).

4.5.1. Das psychiatrische Teilgutachten wurde noch vor der bundesgerichtlichen Rechtsprechungsänderung zur invalidenversicherungsrechtlichen Relevanz von Abhängigkeitssyndromen (psychische Störungen durch psychotrope Substanzen) vom 11. Juli 2019 (BGE 145 V 215) erstellt. Da das Bundesgericht bereits zuvor entschieden hatte, dass vor BGE 141 V 281 (bzw. vor BGE 143 V 418) erstattete medizinische



(psychiatrische) Gutachten ihren Beweiswert nicht per se verlieren würden und vielmehr in jedem einzelnen Fall zu prüfen sei, ob die Sachverständigengutachten, gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten, eine schlüssige Beurteilung im Licht der massgeblichen Indikatoren erlauben würden oder nicht (vgl. BGE 141 V 281 E. 8; vgl. Bundesgerichtsentscheid vom 18. Mai 2017, 8C_842/2016), ist bei Abhängigkeitssyndromen gleichermassen vorzugehen.

4.5.2. Med. pract. K. ___ stufte, da er anlässlich der Untersuchung keine Anzeichen für eine Depression erheben konnte, die Symptomatik als geringfügig bzw. remittiert ein. Er schloss jedoch nicht aus, dass es früher ausgeprägtere depressive Phasen gegeben und sich aufgrund der "psychosozialen Aufwuchsbedingungen" eine Dysthymie entwickelt haben könnte, jedoch seien weder eine Dysthymie noch eine leichte bis mittelgradig ausgeprägte depressive Störung geeignet, eine Arbeitsunfähigkeit auf Dauer, insbesondere im rentenbegründenden Ausmass, zu bedingen. Im Weiteren ging er von einer Persönlichkeitsakzentuierung aus. Die Symptomatik gehe jedoch nicht soweit, dass von einer Persönlichkeitsstörung gesprochen werden könne. Die Abhängigkeitserkrankungen stufte er, da sich im Rahmen des Substanzgebrauchs keine weitere psychische Erkrankung von wesentlicher Schwere habe explorieren lassen und das Abhängigkeitssyndrom nicht zu einer irreversiblen Gesundheitsstörung geführt habe, als primär und damit versicherungspsychiatrisch als nicht relevant ein (IV-act. 74-131ff.).

4.5.3. Festzustellen ist, dass der psychiatrische Gutachter eine systematische und ausführliche Anamnese (IV-act. 74-115ff.) und Befunderhebung (u.a. in Anlehnung an das AMDP System; IV-act. 74-128f.) wiedergab und die Ergebnisse der testpsychiatrischen Untersuchungen sowie der Laboruntersuchungen berücksichtigte (IV-act. 74-129).

4.5.4. Med. pract. K. ___ konnte weder im Rahmen der persönlichen Untersuchung noch testpsychologisch eine depressive Symptomatik (im relevanten Ausmass) erheben. Lediglich in den Bereichen Flexibilität und Umstellungsfähigkeit sowie Widerstands- und Durchhaltefähigkeit fanden sich leichte und in den Bereichen Selbstbehauptungsfähigkeit, Konversations- und Konfliktfähigkeit zu Dritten, Gruppenfähigkeit, Fähigkeit zu engen dyadischen Beziehungen sowie Mobilitäts- und Verkehrsfähigkeit leichte bis mässig ausgeprägte Beeinträchtigungen (vgl. IV-act. 74-130ff.). Selbst der Beschwerdeführer ging nur noch vom Vorliegen einer leichten Depression aus (vgl. IV-act. 74-93). Zudem erklärte er, dass er derzeit weder in einer psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlung sei noch aktiv nach einer



Behandlungsmöglichkeit suche. Auch nehme er mit Ausnahme des "Notfall"-Medikaments Temesta (Wirkstoff Lorazepam; maximal einmal pro Monat) keine Medikamente ein (vgl. IV-act. 74-94/116/125). Der gutachterlichen Einschätzung, dass zum Begutachtungszeitpunkt die Depression remittiert gewesen sei und diese daher keine Auswirkung mehr auf die Arbeitsfähigkeit gezeitigt habe, ist zu folgen, zumal keine Arztberichte vorliegen, welche sich mit den Beurteilungen und Einschätzungen im psychiatrischen Gutachten auseinandersetzen und ernsthafte Zweifel daran zu begründen vermögen. Dass sich der Beschwerdeführer später erneut für die Behandlung in der Tagesklinik angemeldet hat, vermag daran nichts zu ändern, ist doch der Eintritt nach seiner Angabe erst für den 2. September 2019 und damit nach dem Verfügungserlass vorgesehen gewesen (vgl. act. G 1). Wie bereits in Erwägung 4.3 erwähnt, kann sich der Beschwerdeführer bei anhaltender Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit Verfügungserlass erneut zum Bezug von IV-Leistungen anmelden.

4.5.5. Bezüglich der Suchterkrankungen (psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, Abhängigkeitssyndrom, aktuell Substanzgebrauch [ICD-10: F10.2], Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide, Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtig Substanzgebrauch [ICD-10: F12.2], Zustand nach psychischer und Verhaltensstörung durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen, Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtig abstinent) ist festzustellen, dass beim Beschwerdeführer eine familiäre Belastung für Abhängigkeitserkrankungen sowie die "psychosozialen Aufwuchsbedingungen" und die damalige Psychodynamik zur Ausprägung der Dependenz mit beigetragen haben dürften. Zum derzeitigen Suchtmittelkonsum befragt, erklärte der Beschwerdeführer, dass er keine "harten" Drogen mehr konsumiere und den Alkoholkonsum reduziert habe. So konsumiere er nur noch geringe Mengen an Bier (ein- bis zweimal pro Woche) und der Cannabiskonsum beschränke sich vorwiegend auf den Konsum von Cannabidiol-Produkten (CBD; IV-act. 74-119f./133ff.; vgl. auch IV-act. 74-42/90/94). Die Akten enthalten keine Hinweise darauf, dass wegen des Suchtmittelkonsums – selbst wenn der Alkoholkonsum grösser gewesen wäre als vom Beschwerdeführer angegeben (vgl. IV-act. 74-129) – im Verfügungszeitpunkt eine Behandlungsbedürftigkeit bestand. Auch ist nicht davon auszugehen, dass suchtbedingt die Arbeitsfähigkeit wesentlich eingeschränkt ist. Allenfalls wären bestimmte Tätigkeiten wie das Autofahren oder das Bedienen bestimmter Maschinen ausgeschlossen, doch auch diesbezüglich liefern die gesamten Akten keinerlei Anhaltspunkte.



4.5.6. Im Weiteren führte der psychiatrische Gutachter nachvollziehbar und schlüssig aus, weshalb er lediglich vom Vorliegen einer akzentuierten Persönlichkeit (ICD-10: Z73.1) und nicht von einer Persönlichkeitsstörung ausgeht. So habe er beim Beschwerdeführer im Vergleich zur Mehrzahl der Bevölkerung keine deutliche Abweichung im Wahrnehmen, Denken, Fühlen, in den Beziehungen zu anderen Menschen sowie im Verhalten feststellen können. Er ging beim Beschwerdeführer von einer dependenten, asthenischen, selbstunsicheren, dysthymen strukturierten Primärpersönlichkeit mit soziophoben "Einsprekeln" aus (vgl. IV-act. 74-132); dass er diesen Feststellungen jedoch keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zubilligte, ist angesichts der geschilderten persönlichen, beruflichen und gesundheitlichen Entwicklung durchaus plausibel.

4.5.7. Auch die neuropsychologische Untersuchung vom 11. Dezember 2018 ergab keine relevanten Beeinträchtigungen. So erhoben die Neuropsychologinnen in Bezug auf alters-, geschlechts- und bildungskorrelierte Normen gesamthaft einen kognitiven Normalbefund und stellten keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit fest. Als Ressourcen nannten sie das gute kognitive Leistungsniveau des Beschwerdeführers: Trotz des langjährigen Überkonsums verschiedenster Substanzen seien die Hirnleistungsfunktionen nicht eingeschränkt (IV-act. 74-102/104f.).

4.5.8. Festzuhalten ist insoweit, dass die Einschätzungen der Neuropsychologinnen und des Psychiaters bezüglich der Zeit ab der Begutachtung nachvollziehbar und schlüssig sind. Dagegen fehlen im Gutachten zum zeitlichen Verlauf der Entwicklung der Arbeitsfähigkeit vor der Begutachtung begründete und überzeugende Einschätzungen. So erklärte der psychiatrische Gutachter, dass früher ausgeprägtere depressive Symptome bestanden haben könnten. Eine nachvollziehbare und überzeugende Begründung der retropektiven Arbeitsfähigkeitsschätzung (mögliche 100%ige Arbeitsfähigkeit nach der zweiten teilstationären Behandlung) fehlt. Dies gilt ebenso für die im Konsens getroffene gutachterliche Einschätzung, dass der Beschwerdeführer nun bereits seit dem 1. Januar 2018 100 % arbeitsfähig gewesen sein soll, obwohl er in den Monaten Februar bis April 2018 noch in teilstationärer psychiatrischer Behandlung war (IV-act. 74-15f.). Ferner erfolgte weder eine Auseinandersetzung mit den Diagnosen und Arbeitsfähigkeitseinschätzungen des Psychiatrischen Zentrums B.____ noch wurden fremdanamnestiche Auskünfte (bspw. beim Arbeitgeber des Beschwerdeführers oder bei der Institution F.____) eingeholt (vgl. IV-act. 74-138). In Anbetracht dessen ist für die Zeit vor der psychiatrischen Begutachtung am 21. November 2018 (d.h. vom 1. August 2017 [frühester Rentenbeginn, vgl. nachfolgende Erwägung 5.1] bis 20. November 2018 [Tag vor der



psychiatrischen Begutachtung, vgl. IV-act. 74-109)) prioritär auf die echtzeitlichen Berichte der behandelnden Ärzte sowie des RAD abzustellen. Gestützt auf die ausführlichen und nachvollziehbaren Arztberichte des Psychiatrischen Zentrums B.____ vom 11. Juli 2017 (IV-act. 27) und 3. April 2018 (IV-act. 47) ist bis Ende des teilstationären Klinikaufenthalts am 12. April 2018 vom Vorliegen einer rezidivierenden depressiven Störung, mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F33.11), und anschliessend gestützt auf den Arztbericht der Psychiatrie H.____ vom 12. Juni 2018 (IV-act. 54-3ff.) von einer teilremittierten rezidivierenden depressiven Störung auszugehen. In der Zeit vom 1. August 2017 bis 11. Februar 2018 attestierten die Ärzte des Psychiatrischen Zentrums, der RAD sowie der Hausarzt dem Beschwerdeführer eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit (IV-act. 27, 29, 37). Dass diese Arbeitsfähigkeit nicht realisiert wurde – der Beschwerdeführer arbeitete weiterhin in einem rund 50%igen Teilzeitpensum im zweiten Arbeitsmarkt in der Schreinerei des F.____ (IV-act. 47; vgl. IV-act. 74-122f.) –, dürfte nicht dem Gesundheitszustand, sondern mehrheitlich anderen Faktoren (wie möglicherweise unzureichender Motivation des Beschwerdeführers) zuzuschreiben sein. So wies er während der Begutachtung mehrmals darauf hin, dass ein höherer Verdienst nicht ihm zugute käme, sondern zur Deckung der (Alimenten-) Schulden verwendet würde (vgl. IV-act. 74-46/93/118). Während der teilstationären Behandlung im Psychiatrischen Zentrum vom 12. Februar 2018 bis 12. April 2018 ist jedenfalls von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen, zumal die Indikation zu dieser Therapie nicht in Frage gestellt wurde (vgl. IV-act. 47). Zur nachfolgenden Zeit fehlt eine prozentuale Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch die behandelnden Ärzte. Sie erklärten zwar, dass für den Beschwerdeführer nur eine Tätigkeit im geschützten Rahmen, nicht jedoch im ersten Arbeitsmarkt in Frage komme. Eine nachvollziehbare Begründung dazu fehlt jedoch. Die von den Ärzten nach dem zweiten teilstationären Aufenthalt empfohlene ambulante psychiatrische Behandlung wurde nicht etabliert. Eine therapeutische psychiatrische Medikation erfolgte überdies nach Beendigung der zweiten tagesklinischen Behandlung offenbar nicht (vgl. dazu IV-act. 47-2 Ziff. 1.5). In Anbetracht dessen und des verbesserten Gesundheitszustands des Beschwerdeführers (das depressive Leiden war gemäss Bericht der Psychiatrie H.____ vom 12. Juni 2018 teilremittiert; IV-act. 54-7) sowie in Berücksichtigung der gutachterlichen Erklärung, wonach insbesondere nach der Beendigung der zweiten teilstationären Behandlung im Jahr 2008 [korrekt 2018] die aktuell feststellbare Arbeitsfähigkeit bestanden habe und die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Versicherten mit Sicherheit zum Zeitpunkt der Erstellung des psychiatrischen Gutachtens bestehe (IV-act. 74-138), ist das Fortdauern einer Arbeitsunfähigkeit aus



psychischen Gründen nach Beendigung der zweiten tagesklinischen Behandlung am 12. April 2018 nicht mehr überwiegend wahrscheinlich bewiesen.

4.6. Wie nachfolgend ersichtlich, ergibt die Prüfung anhand der Indikatoren (vgl. dazu Erwägung 4.1.1) ein stimmiges Gesamtbild hinsichtlich des Leistungsvermögens des Beschwerdeführers.

4.6.1. Zur Kategorie "funktioneller Schweregrad" ist festzustellen, dass zumindest ab dem Zeitpunkt der psychiatrischen Untersuchung nur noch geringfügige diagnoserelevante Befunde vorlagen. So war die Depression remittiert (anlässlich der neuropsychologischen Untersuchung erklärte der Beschwerdeführer zu seiner psychischen Verfassung, dass er noch leicht depressiv sei, vgl. IV-act. 74-93). Die Suchterkrankung bewegte sich in einem sozialverträglichen Rahmen und trotz der Persönlichkeitsakzentuierung nahm der Beschwerdeführer (in Rahmen der finanziellen Möglichkeiten) am sozialen Leben teil. Dabei half ihm sicherlich sein gutes kognitives Leistungsniveau (vgl. IV-act. 74-104). Zum Behandlungs- und Eingliederungserfolg bzw. zur Therapieresistenz ist festzustellen, dass der Beschwerdeführer seit dem Jahr 2016 zweimal in teilstationärer psychiatrischer Behandlung war, wobei er die zweite Behandlung bereits nach zwei Monaten im April 2018 vorzeitig abbrach. Danach erfolgte noch eine ambulante Behandlung. Spätestens zum Zeitpunkt der psychiatrischen Begutachtung bestand jedoch keine psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlungsbedürftigkeit mehr (vgl. IV-act. 74-93f./125). Auch hinsichtlich des Suchtmittelkonsums wurden weder von den Ärzten noch vom Beschwerdeführer Behandlungsmassnahmen gefordert bzw. empfohlen. Eine diesbezügliche Behandlungsbedürftigkeit ist damit nicht überwiegend wahrscheinlich erstellt, sodass sich die Frage der Therapieresistenz gar (noch) nicht stellt.

4.6.2. Der Beschwerdeführer erlebte eine schwierige Jugend. Trotzdem kann noch von einer normalen Sozialisation ausgegangen werden. Der Beschwerdeführer war fähig sich in der Berufswelt zu integrieren. So absolvierte er eine Lehre als Elektromechaniker und war danach als Maschinenmonteur tätig. Nach einem mehrjährigen Erwerbsunterbruch ging er ab April 2017 wieder einer Arbeit nach, wenn auch nur in einem reduzierten Pensum (ca. 50 %) und dies im zweiten Arbeitsmarkt. Der Beschwerdeführer lebt zwar alleine, jedoch pflegt er regelmässig Kontakte zu weiteren Personen (vgl. IV-act. 74-44: erwähnt wird der Kontakt zu einer guten Kollegin und zwei guten Kollegen sowie zu seinem Vater; vgl. IV-act. 74-67/117f.). Angesichts dessen ist nicht von einer erheblichen krankheitsbedingten sozialen Beeinträchtigung auszugehen.



4.6.3. Bezüglich der Kategorie "Konsistenz" ist festzustellen, dass der Beschwerdeführer durchaus in der Lage ist, seinen Alltag selbstständig zu organisieren (bspw. Einkaufen, Haushaltsführung, vgl. IV-act. 74-45/97) und seine Freizeit im Rahmen der bescheidenen finanziellen Möglichkeiten zu gestalten (erwähnt werden schwimmen im See, Frisbee spielen, lesen, Musik hören, kochen, vgl. IV-act. 74-45/117). Eine krankheitsbedingte Reduktion der persönlichen Aktivitäten ist daher nicht hinreichend ausgewiesen. Eine wesentliche Diskrepanz zur beruflichen Leistungsfähigkeit ist nicht ersichtlich.

4.6.4. Was den behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdruck angeht, ist festzustellen, dass dieser sowohl zum Begutachtungszeitpunkt als auch zum Verfügungszeitpunkt eher gering gewesen sein dürfte, denn den Akten insgesamt kann nichts Gegenteiliges entnommen werden. Wie bereits erwähnt, brach der Beschwerdeführer den teilstationären Aufenthalt in der Tagesklinik vorzeitig ab. Dass er sich später intensiv um psychiatrische oder (mit Blick auf die im Beschwerdeverfahren geklagten Rückenschmerzen) somatische Therapien bemüht hätte, ist nicht ausgewiesen. Überdies war er in den Jahren 2017/2018 nicht bereit, eine Arbeitsstelle im ersten Arbeitsmarkt mit einem höheren Pensum zu suchen. Dies begründete er damit, dass ihm selbst bei einem höheren Einkommen aufgrund der hohen Alimentenschulden nie mehr Geld zur Verfügung stände (vgl. IV-act. 74-46/93; zu den Schulden und der fehlenden Motivation eine Tätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt zu suchen vgl. auch IV-act. 74-118). Die behandelnden Ärzte sowie die Eingliederungsberaterin der IV-Stelle wiesen denn auch auf die fehlende Motivation, die Selbstlimitation bzw. den Rentenwunsch des Beschwerdeführers hin (IV-act. 23-3, 27-3, 37-2). Erst anlässlich der neuropsychologischen Untersuchung am 11. Dezember 2018 schloss der Beschwerdeführer nicht mehr aus, künftig – bei verbesserter Gesundheitslage – wieder auf dem ersten Arbeitsmarkt zu arbeiten (vgl. IV-act. 74-93/96/98). Festzuhalten ist somit, dass ein Leidensdruck spätestens im Zeitpunkt der psychiatrischen Begutachtung (21. November 2018) nicht mehr ausgewiesen ist.

4.7. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass ab Ende der zweiten teilstationären psychiatrischen Behandlung im Wesentlichen noch ein Zustand nach rezidivierenden depressiven Störungen, eine Persönlichkeitsakzentuierung und Hinweise auf ein Abhängigkeitssyndrom (Alkohol) in geringfügigem Ausmass gegeben waren. Da diese Leiden nach plausibler gutachterlicher Einschätzung keine relevante Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit haben, ist von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in der angestammten wie auch in einer angepassten Tätigkeit ab dem 13. April 2018 auszugehen. Für die Zeit zuvor (d.h. vom 1. August 2017 bis 12. April 2018) rechtfertigt



es sich, insbesondere gestützt auf die Diagnosestellungen des Psychiatrischen Zentrums B.____ und der Psychiatrie H.____ vom Vorliegen eines erheblichen psychischen Leidens sowie von einer 50%igen bzw. während der teilstationären Behandlung von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen.

5.

Es bleibt damit die Prüfung der erwerblichen Auswirkungen vorzunehmen.

5.1. Der Beschwerdeführer meldete sich am 2. Dezember 2016 zum Leistungsbezug an (IV-act. 1). Die behandelnden Ärzte attestieren ihm ab dem 17. August 2016 im Schnitt eine Arbeitsunfähigkeit von mehr als 40 % (vgl. IV-act. 6), womit das Wartejahr am 17. August 2017 erfüllt war. In Nachachtung von Art. 28 Abs. 1 lit. b und Art. 29 Abs. 1 und 3 IVG kann ein Rentenanspruch frühestens am 1. August 2017 entstehen.

5.2. Der Beschwerdeführer ging bereits einige Jahre vor Eintritt des Gesundheitsschadens im Jahr 2016 keiner ordentlichen Erwerbstätigkeit mehr nach. Der Validenlohn ist daher gestützt auf die Tabellenlöhne gemäss der Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik zu bestimmen. Da der Beschwerdeführer über eine qualifizierte Berufsausbildung als Elektromechaniker sowie mehrjährige Berufserfahrung als Maschinenmonteur verfügt, erscheint es angemessen, auf den Tabellenlohn des Kompetenzniveaus 2, Männer, abzustellen. Für die Zeit ab der psychiatrischen Begutachtung am 21. November 2018 ist dem Beschwerdeführer sowohl die angestammte Tätigkeit als Elektromechaniker als auch eine angepasste Tätigkeit in einem 100 %-Pensum zumutbar. Daher ist beim Invalidenlohn ebenfalls auf den Tabellenlohn des Kompetenzniveaus 2, Männer, abzustellen. Bei gleicher Bemessungsgrundlage kann der Invaliditätsgrad folglich im Rahmen eines Prozentvergleichs ermittelt werden (siehe zum Prozentvergleich etwa Urteil des Bundesgerichts vom 6. April 2016, 8C_628/2015, E. 5.3.1 mit Hinweisen).

5.3. In der Zeit vom 1. August 2017 bis 12. April 2018 beträgt bei 50%iger Arbeitsunfähigkeit der Invaliditätsgrad 50 %, welcher Anspruch auf eine halbe Rente begründet. Die höhere Arbeitsunfähigkeit während des teilstationären Aufenthalts vom 12. Februar bis 12. April 2018 ist unbeachtlich, da es sich nicht um eine dauerhafte Änderung (zumindest drei Monate gemäss Art. 88a Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]) handelte. Aufgrund der Art der Beeinträchtigungen ist mit gewissen Nachteilen bei der Entlohnung auf dem Arbeitsmarkt zu rechnen. Da aber selbst bei Gewährung des aufgrund der gesamten Umstände maximal in Betracht zu ziehenden Tabellenlohnabzugs von 15 % lediglich



ein Invaliditätsgrad von 58 % (50 % + [50 % x 0.15]) resultieren würde, sodass die zuzusprechende Rente unverändert bliebe, kann die genaue Festsetzung des Abzugs mangels Relevanz unterbleiben. Die ab 13. April 2018 rechtsgenüßlich ausgewiesene und dauerhafte gesundheitliche Verbesserung (100%ige Arbeitsfähigkeit, Invaliditätsgrad 0 %) führt unter Berücksichtigung der bei der Rentenanpassung gemäss Art. 88a Abs. 1 IVV geltenden dreimonatigen Frist zur Renteneinstellung am 31. Juli 2018. Folglich ist dem Beschwerdeführer für die Dauer vom 1. August 2017 bis 31. Juli 2018 eine halbe Invalidenrente zuzusprechen.

6.

6.1. Nach dem Gesagten ist die angefochtene Verfügung vom 24. Juni 2019 aufzuheben und dem Beschwerdeführer befristet für die Zeit vom 1. August 2017 bis 31. Juli 2018 eine halbe Rente zuzusprechen. Zur Festsetzung und Ausrichtung der Rentenleistung ist die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

6.2. Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.- bis Fr. 1'000.- festgelegt (Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Da die Beschwerde lediglich teilweise betreffend einen rückwirkend befristeten Rentenanspruch gutgeheissen wird, ist praxismässig von einem Obsiegen des Beschwerdeführers von einem Drittel auszugehen. Dem teilweisen Obsiegen entsprechend haben der Beschwerdeführer einen Anteil von Fr. 400.- und die Beschwerdegegnerin einen Anteil von Fr. 200.- an der Gerichtsgebühr zu bezahlen. Zuzugewährt unentgeltlicher Rechtspflege (act. G 9) ist der Beschwerdeführer von der Bezahlung zu befreien.

6.3. 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. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 24. Juni 2019 aufgehoben und dem Beschwerdeführer befristet für die Zeit vom 1. August 2017 bis 31. Juli 2018 eine halbe Rente zugesprochen. Zur Festsetzung und



Ausrichtung der Rentenleistung wird die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.

2. Die Beschwerdegegnerin hat einen Anteil an der Gerichtsgebühr in der Höhe von Fr. 200.- und der Beschwerdeführer einen solchen in der Höhe von Fr. 400.- zu bezahlen. Der Beschwerdeführer wird von der Bezahlung seines Anteils zufolge unentgeltlicher Rechtspflege befreit.