



**Fall-Nr.:** IV 2021/92  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 21.07.2022  
**Entscheiddatum:** 23.03.2022

### **Entscheid Versicherungsgericht, 23.03.2022**

**Art. 28 IVG. Art. 16 ATSG. Rentenanspruch. Invaliditätsbemessung.  
Würdigung eines Administrativgutachtens (Entscheid des  
Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 23. März 2022, IV  
2021/92).**

#### **Entscheid vom 23. März 2022**

Besetzung

Präsident Ralph Jöhl, Versicherungsrichterinnen Monika Gehrler-Hug und Karin Huber-Studerus; Gerichtsschreiber Tobias Bolt

Geschäftsnr.

IV 2021/92

Parteien

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

**Beschwerdeführer,**

gegen

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

**Beschwerdegegnerin,**

Gegenstand



### Rente

### Sachverhalt

#### A.

**A.a.** A.\_\_\_\_ meldete sich im April 2014 zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (IV-act. 2). Er gab an, er habe eine Anlehre zum B.\_\_\_\_ absolviert. Zuletzt habe er als C.\_\_\_\_ gearbeitet. Das Ambulatorium der Psychiatrischen Klinik D.\_\_\_\_ berichtete am 16. April 2014 (IV-act. 13), der Versicherte leide an einer einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung im Erwachsenenalter sowie an einer mittelgradigen depressiven Episode. Von Mitte März 2013 bis Anfang April 2013 sei er stationär behandelt worden. Im Anschluss daran habe er sich bis Ende Mai 2013 in einer tagesklinischen Behandlung befunden. Danach sei er ambulant behandelt worden. Ende Juni 2013 habe er eine erneute, fünf Tage dauernde stationäre Krisenintervention benötigt. Aktuell sei ihm eine Tätigkeit in einem geschützten Rahmen während vier Stunden pro Tag zumutbar. Die Prognose sei gut. Die Neuropsychologin lic. phil. E.\_\_\_\_ hatte nach einer dreistündigen Testung am 26. August 2013 festgehalten (IV-act. 20), aufgrund der Ergebnisse sei das Vorliegen einer klinisch relevanten depressiven Episode mit insbesondere Bestrafungsgefühlen und Selbstvorwürfen wahrscheinlich. Das kognitive Leistungsprofil erweise sich als leicht heterogen mit leichtgradigen Einbussen bei sprachlichen, attentionalen und exekutiven Unterfunktionen. Die Hinweise im Selbstbeurteilungsfragebogen und die Schulanamnese sprächen für das Vorliegen einer Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung. Dies müsste allerdings durch fremdanamnestische Angaben abgesichert werden. Hinweise auf eine allfällige Persönlichkeitsstörung hätten sich nicht ergeben. Am 2. Oktober 2014 erteilte die IV-Stelle dem Versicherten eine Kostengutsprache für eine dreimonatige berufliche Abklärung in der Werkstätte F.\_\_\_\_ (IV-act. 29). Der Einsatzbetrieb berichtete im Februar 2015 (IV-act. 44), der Versicherte habe in der geschützten Werkstätte und auch bei einem Schnuppereinsatz in einem anderen Betrieb eine hohe und qualitativ gute Leistung erbracht. Er sei sehr motiviert gewesen und habe teilweise etwas in seinem Enthusiasmus gebremst werden müssen. Ihm sei es schwer gefallen, längere Zeit am gleichen Arbeitsplatz zu bleiben. Die Arbeitsleistung habe bei 80 Prozent gelegen. Im Anschluss an die berufliche Abklärung



konnte der Versicherte einen dreimonatigen Arbeitsversuch durchführen (vgl. IV-act. 49). Die IV-Stelle leistete im Sinne einer Frühinterventionsmassnahme eine Kostengutsprache für ein „job coaching“ (IV-act. 46 und 59). Kurz vor Ende des Arbeitsversuchs wurde dem Versicherten von der Psychiatrischen Klinik D.\_\_\_\_ wieder eine Arbeitsunfähigkeit von 50 Prozent attestiert (vgl. IV-act. 49 und 51). Im Mai 2015 notierte Dr. med. G.\_\_\_\_ vom IV-internen regionalen ärztlichen Dienst (RAD; IV-act. 54), die behandelnden Ärzte hätten überzeugend dargelegt, dass der Versicherte sich schlecht habe abgrenzen können, dass er dadurch in einen Anspannungszustand geraten sei und dass er im Sinne eines maladaptiven Bewältigungsverhaltens in einen Cannabismissbrauch zurückgefallen sei. Die teilweise Entlastung durch die Krankschreibung habe eine Stabilisierung des Gesundheitszustandes zur Folge gehabt, was als ein weiterer Hinweis für die Richtigkeit der Ausführungen der behandelnden Ärzte zu qualifizieren sei. Allerdings müsse mit einer raschen Besserung und Steigerung der Leistungsfähigkeit gerechnet werden. Ende Mai 2015 wurde der Arbeitsversuch bis Ende Juni 2015 verlängert (IV-act. 56 und 58). Im Januar 2016 teilte der Versicherte der Eingliederungsverantwortlichen der IV-Stelle mit, er „fühle sich in keiner Weise arbeitsfähig“ (IV-act. 60). Diese hielt im März 2016 fest (IV-act. 64), die an sich geplante Anstellung des Versicherten bei der Arbeitgeberin, die den Arbeitsversuch angeboten habe, sei letztlich aufgrund der gesundheitlichen Verschlechterung nicht zustande gekommen. Aktuell sei der Versicherte nicht in der Lage, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen. Der längst angeforderte Verlaufsbericht der behandelnden Ärzte sei noch immer nicht eingetroffen. Die berufliche Eingliederung müsse vor diesem Hintergrund abgebrochen werden.

**A.b.** Das Ambulatorium der Psychiatrischen Klinik D.\_\_\_\_ berichtete im Juni 2016 (IV-act. 70), der Versicherte leide an einer rezidivierenden depressiven Störung mit einer gegenwärtig mittelgradigen Episode, an einer einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung sowie an einer andauernden Persönlichkeitsänderung nach einer Extrembelastung respektive an einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit schwer abhängigen, narzisstischen und emotional instabilen Anteilen vom impulsiven Typ auf dem Boden einer posttraumatischen Belastungsstörung bei Gewalterfahrung in der Kindheit. Er sei aktuell vollständig arbeitsunfähig. Man plane eine Einweisung zur stationären Behandlung in der Klinik H.\_\_\_\_. Diese stationäre Behandlung fand



schliesslich in der Zeit vom 10. Oktober 2017 bis zum 15. Dezember 2017 statt. Die Psychiatrische Klinik H.\_\_\_\_ berichtete am 21. Dezember 2017 (IV-act. 89), der Versicherte leide an einer Anpassungsstörung sowie an einer Persönlichkeitsstörung mit zwanghaften, selbstunsicheren, emotional-instabilen und abhängigen Anteilen. Im Verlauf der stationären Behandlung sei es zu einer deutlichen Reduktion der initial bestehenden Symptomatik gekommen. Der Psychiater med. pract. Schmitz berichtete am 4. Juni 2018 (IV-act. 99), es sei unwahrscheinlich, dass der Versicherte im aktuellen Zustand von täglich wechselnden Stimmungs- und Anspannungslagen, ausgesprochener Konzentrationsschwäche und Entscheidungsunfähigkeit einer Tätigkeit „in irgendeinem Rahmen“ nachgehen könne. Für eine Arbeitsintegrationsmassnahme könne versuchsweise eine Arbeitsfähigkeit für maximal 1,5–2 Stunden attestiert werden. Mit einer Mitteilung vom 11. Juni 2018 wies die IV-Stelle das Begehren um berufliche Eingliederungsmassnahmen ab (IV-act. 102).

**A.c.** Bereits am 28. Februar 2018 war der Versicherte neuropsychologisch getestet worden. Die Neuropsychologin hatte festgehalten (IV-act. 103), im Rahmen der insgesamt drei Stunden und 15 Minuten dauernden Testung habe sich wie bereits bei der ersten Testung im Jahr 2013 ein sehr heterogenes Bild gezeigt. Im exekutiven Bereich, in der Planungsfähigkeit und dem Arbeitsgedächtnis sowie im mnestischen Bereich seien die Resultate leicht schlechter ausgefallen; die übrigen Resultate seien mit den damaligen Ergebnissen vergleichbar. Die Defizite könnten ätio-pathogenetisch nicht eindeutig zugeordnet werden. Möglicherweise habe eine Zwangsproblematik eine wesentliche Rolle gespielt. Die Arbeitsweise sei pedantisch gewesen. Auch die Handlungskontrolle sei eingeschränkt gewesen. Es habe sich eine reduzierte motorische Impulskontrolle gezeigt. Insgesamt hätten die Ergebnisse auf eine leichte bis mittelschwere kognitive Funktionsstörung hingewiesen. Der IQ liege grob geschätzt im unterdurchschnittlichen bis durchschnittlichen Bereich; in der früheren Untersuchung sei er mit einer Wahrscheinlichkeit von 90 Prozent auf im Bereich von 84–95 liegend geschätzt worden. Eine Intelligenzminderung im Sinne des ICD-10 liege damit nicht vor. Eine Laboranalyse im Auftrag des RAD ergab, dass der Versicherte Cannabis konsumiert hatte; Methylphenidat hatte nicht nachgewiesen werden können (IV-act. 107). Am 27. Dezember 2018 hielt die IV-Stelle den Versicherten an, bis Ende April 2019 kein Cannabis mehr zu konsumieren und dies mittels Laboranalysen



nachzuweisen (IV-act. 110). Die Untersuchungen am 31. Januar 2019, am 7. Februar 2019, am 14. Februar 2019 und am 19. Februar 2019 zeigten, dass der Versicherte kein Cannabis mehr konsumiert hatte (IV-act. 116, 118, 120 und 122). Am 22. Februar 2019 beauftragte die IV-Stelle den Psychiater Dr. med. I.\_\_\_\_ mit einer psychiatrischen Begutachtung des Versicherten einschliesslich einer neuropsychologischen Testung (IV-act. 124). Am 26. Februar 2019 forderte sie den Versicherten auf, bis zum Begutachtungstermin weiterhin abstinent zu bleiben (IV-act. 129). Die entsprechenden Laboranalysen bestätigten die fortdauernde Abstinenz (IV-act. 131, 134, 137, 139, 143, 148, 150, 152 und 154).

**A.d.** Am 2. September 2019 erstattete Dr. I.\_\_\_\_ das von der IV-Stelle in Auftrag gegebene Gutachten (IV-act. 159). Er hielt fest, der Versicherte habe die Aufmerksamkeit und die Konzentration über die ganze Untersuchungsdauer aufrechterhalten können. Die Auffassung sei ungestört gewesen. Das Langzeitgedächtnis sei teilweise auffällig gewesen und es hätten sich Merkfähigkeitsstörungen gezeigt. Der formale Gedankengang sei teilweise etwas weitschweifig und teilweise auch sprunghaft gewesen. Die Grundstimmung sei euthym und nur einmal kurzzeitig zum depressiven Pol hin ausgelenkt gewesen. Die affektive Modulationsfähigkeit sei aber eingeschränkt gewesen. Der Versicherte habe eine ausgeprägte Ambivalenz, Schuldgefühle gegenüber allen Leuten um ihn herum, Insuffizienzgefühle, eine innere Unruhe und Gereiztheit sowie eine Angst vor sich selbst und starke Stimmungsschwankungen geschildert. Im Übrigen sei der objektive klinische Befund unauffällig gewesen. Die diagnostische Einschätzung sei sehr schwierig. Bei der Erhebung des Psychostatus habe sich kaum eine eindeutige Psychopathologie gezeigt. Die neuropsychologische Abklärung habe zwar diskrete Auffälligkeiten gezeigt, die im Sinne eines noch leichten ADHS interpretiert werden könnten. Aber die Auffälligkeiten seien nicht so ausgeprägt gewesen, dass sie die Schwierigkeiten des Versicherten erklären könnten. Zudem seien die Angaben des Versicherten häufig sehr weitschweifig, insgesamt aber doch vage und unklar sowie teilweise auch widersprüchlich gewesen. Auch in den Berichten der behandelnden Ärzte sei immer wieder darauf hingewiesen worden, wie schwierig das ständig schwankende Zustandsbild diagnostisch einzuordnen sei. Überdies lägen gravierende psychosoziale Belastungsfaktoren vor: Der Versicherte habe seit Jahren nicht mehr



gearbeitet, er lebe von seiner Familie getrennt, wohne bei seinen Eltern, zu denen er ein ausgesprochen schwieriges Verhältnis habe, und er habe Schulden. Aufgrund des Verlaufs und der zahlreichen Hinweise auf einen episodischen Missbrauch von Drogen und Medikamenten sei sicherlich die Diagnose von psychischen und Verhaltensstörungen durch einen multiplen Substanzgebrauch und den Konsum anderer psychotroper Substanzen bei einer gegenwärtigen Abstinenz gerechtfertigt. Die Symptome einer depressiven Episode hätten in der aktuellen Untersuchung nicht objektiviert werden können. In der Vergangenheit seien zwar immer wieder depressive Episoden diagnostiziert worden, aber diese Diagnosen seien nicht überzeugend begründet worden. Das Vorliegen einer affektiven Störung sei deshalb gesamthaft auszuschliessen. Eine Zwangsstörung liege nicht vor. Der behandelnde Psychiater Z.\_\_\_\_ habe eine solche zwar in seinem Bericht vom 4. Juni 2018 diagnostiziert, aber er habe diese Diagnose nicht begründet, er habe sich nicht mit den Kriterien des ICD-10 befasst und er habe im selben Bericht festgehalten, dass die Symptomatik zwischen einem ADHS und einer Zwangsstörung schwanke, ohne jedoch zu beschreiben, worin genau die Zwangshandlungen oder Zwangsgedanken bestünden. Auch die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung, die wohl mit Blick auf die belastete Kindheit des Versicherten gestellt worden sei, überzeuge nicht. Der Versicherte habe nie entsprechende Symptome gezeigt. Die Diagnosekriterien für eine Persönlichkeitsstörung und für eine Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung würden sich teilweise überschneiden, weshalb die Differentialdiagnose diesbezüglich etwas schwierig sei. Da eine Persönlichkeitsstörung nur diagnostiziert werden dürfe, wenn das auffällige Verhalten nicht durch eine andere psychische Störung erklärt werden könne, sei zunächst vertieft zu prüfen, ob der Versicherte an einer Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung leide. Der consiliarisch beigezogene neuropsychologische Sachverständige lic. phil. Y.\_\_\_\_, der den Versicherten am 13. August 2019 untersucht habe, habe test- und fragebogenbasiert Hinweise auf eine einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung festgestellt, was sich mit der psychiatrischen Einschätzung nach der psychiatrischen Exploration des Versicherten sowie mit der Aktenlage decke. Der Gesamt-IQ liege nach der Einschätzung des Sachverständigen Y.\_\_\_\_ bei 85. Zudem leide der Versicherte aus neuropsychologischer Sicht an einer leichten neuropsychologischen Hirnfunktionsschwäche mit Beeinträchtigungen von Teilbereichen der attentionalen, mnestischen und exekutiven Funktionen. Die



Testresultate seien weitgehend durchschnittlich ausgefallen. Weit unterdurchschnittlich sei nur das Ergebnis betreffend das verbale Langzeitgedächtnis gewesen. Insgesamt habe das Vorliegen einer Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung also bestätigt werden können. Die zusätzliche Diagnose einer Persönlichkeitsstörung lasse sich nicht rechtfertigen. Weder die psychischen Verhaltensstörungen durch den multiplen Substanzgebrauch noch die einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung schränke die Arbeitsfähigkeit des Versicherten für leidensadaptierte Tätigkeiten ein. Als ideal leidensadaptiert sei eine einfache handwerkliche Tätigkeit mit konkreten Arbeitsmaterialien zu qualifizieren, die der Versicherte nach klaren Vorgaben ausüben könne. Nicht ideal seien Tätigkeiten, bei denen länger dauernde und stabile Aufmerksamkeitsleistungen gefordert seien, also beispielsweise Kontroll- und Überwachungstätigkeiten, oder Tätigkeiten mit hohen Anforderungen an die mnestischen Fähigkeiten, wie zum Beispiel die häufige Konfrontation mit neuen Produkten, Kundenberatung etc. Im erlernten Beruf sei der Versicherte uneingeschränkt arbeitsfähig.

**A.e.** Mit einem Vorbescheid vom 29. April 2020 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, dass sie die Abweisung seines Rentenbegehrens mangels eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades vorsehe (IV-act. 166). Dagegen liess der Versicherte am 27. Mai 2020 einwenden (IV-act. 172), der Einschätzung von Dr. I.\_\_\_\_ könne nicht gefolgt werden. Er sei nicht arbeitsfähig und er habe deshalb einen Anspruch auf eine ganze Rente. Mit einer Verfügung vom 20. April 2021 wies die IV-Stelle das Rentenbegehren des Versicherten ab (IV-act. 185).

### **B.**

**B.a.** Am 18. Mai 2021 liess der Versicherte (nachfolgend: der Beschwerdeführer) eine Beschwerde gegen die Verfügung vom 20. April 2021 erheben (act. G 1). Sein Rechtsvertreter beantragte die Aufhebung der angefochtenen Verfügung, die Zusprache einer ganzen Invalidenrente „ab wann rechtens“, spätestens ab Oktober 2014, und eventualiter die Rückweisung der Sache zur Fortsetzung der Sachverhaltsabklärung an die IV-Stelle (nachfolgend: die Beschwerdegegnerin). Zur Begründung führte er aus, der Beschwerdeführer habe keine gewöhnliche Berufslehre abschliessen und nie auch nur annähernd das von der Beschwerdegegnerin berücksichtigte Valideneinkommen erzielen können. Das zeige, dass er schon immer an einer relevanten



## St.Galler Gerichte

Gesundheitsbeeinträchtigung gelitten habe. Die Einschätzung von Dr. I.\_\_\_\_ widerspreche den zahlreichen Berichten der behandelnden Ärzte.

**B.b.** Die Beschwerdegegnerin beantragte am 20. August 2021 die Abweisung der Beschwerde (act. G 9). Zur Begründung führte sie an, das Gutachten von Dr. I.\_\_\_\_ sei in jeder Hinsicht überzeugend, weshalb feststehe, dass der Beschwerdeführer nicht invalid sei.

**B.c.** Am 26. August 2021 wurde dem nun nicht mehr anwaltlich vertretenen Beschwerdeführer die unentgeltliche Rechtspflege bewilligt (act. G 10).

**B.d.** Am 15. Oktober 2021 hielt der Beschwerdeführer sinngemäss an seinen Anträgen fest (act. G 13). Er machte geltend, er verstehe nicht, weshalb Dr. I.\_\_\_\_ die ganzen Probleme, mit denen der Beschwerdeführer schon sein Leben lang kämpfe, auf eine Suchtmittelproblematik reduziert habe. Ihm leuchte auch nicht ein, dass die Beschwerdegegnerin sich ausschliesslich auf das Gutachten von Dr. I.\_\_\_\_ konzentriere und die Berichte der behandelnden Ärzte ignoriere.

**B.e.** Die Beschwerdegegnerin nahm keine Stellung.

## Erwägungen

### 1.

Dieses Beschwerdeverfahren bezweckt die Überprüfung der angefochtenen Verfügung auf deren Rechtmässigkeit, weshalb sein Gegenstand jenem des vorangegangenen Verwaltungsverfahrens entsprechen muss. Dieses hat nach dem Abschluss der beruflichen Eingliederungsmassnahmen am 11. Juni 2018 die Prüfung des im April 2014 gestellten Rentenbegehrens respektive die Frage zum Gegenstand gehabt, ob der Beschwerdeführer in der Zeit ab dem 1. Oktober 2014 (vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG) einen Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung hat.

### 2.

**2.1.** Gemäss dem Art. 28 Abs. 1 IVG hat eine versicherte Person, deren Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder hergestellt, erhalten oder verbessert werden kann, die während eines Jahres ohne einen wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 Prozent arbeitsunfähig



gewesen ist und die nach dem Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 Prozent invalid ist, einen Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung. Für die Bemessung der Invalidität wird nach Art. 28a Abs. 1 IVG in Verbindung mit dem Art. 16 ATSG das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach dem Eintritt der Gesundheitsbeeinträchtigung und nach der Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei einer ausgeglichenen Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung zu jenem Erwerbseinkommen gesetzt, das sie erzielen könnte, wenn sie gesund geblieben wäre.

**2.2.** Der Beschwerdeführer hat zwar eine Anlehre zum B.\_\_\_\_ absolviert, aber diese berufliche Ausbildung hat es ihm nicht ermöglicht, einen über dem statistischen Zentralwert der Hilfsarbeiterlöhne liegenden Lohn zu erzielen. Zudem hat der Beschwerdeführer nie als B.\_\_\_\_ gearbeitet. Vielmehr hat er typische Hilfsarbeiten verrichtet. Zwar hat er geltend gemacht, dass er sich wegen damals schon bestehenden gesundheitlichen Problemen mit einer niederschweligen Ausbildung habe begnügen müssen, aber diese Angabe lässt sich anhand der Akten nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit belegen. Von weiteren Abklärungen ist nach so langer Zeit (über 20 Jahre) kein wesentlicher Erkenntnisgewinn zu erwarten, weshalb diesbezüglich eine objektive Beweislosigkeit vorliegt, deren Folgen in einer lückenfüllenden analogen Anwendung des Art. 8 ZGB der Beschwerdeführer zu tragen hat. Als Valideneinkommen ist deshalb der statistische Zentralwert der Hilfsarbeiterlöhne heranzuziehen.

**2.3.** Die Höhe des zumutbarerweise erzielbaren Invalideneinkommens hängt massgebend davon ab, welche Tätigkeiten dem Beschwerdeführer aus medizinischer Sicht in welchem Umfang zumutbar sind. Somatische Beschwerden, die die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigen würden, stehen nicht zur Diskussion. Bezüglich der relevanten psychischen Gesundheitsbeeinträchtigung liegen verschiedene Berichte von Fachärzten, die den Beschwerdeführer ambulant oder stationär behandelt haben, sowie das von der Beschwerdegegnerin in Auftrag gegebene psychiatrische Gutachten von Dr. I.\_\_\_\_ (einschliesslich der consiliarischen Beurteilung des Neuropsychologen Y.\_\_\_\_) vor. Nach der bundesgerichtlichen Auffassung kommt dem Gutachten von Dr. I.\_\_\_\_ schon deshalb ein (weit) höherer Beweiswert als den Berichten der behandelnden Ärzte zu, weil es im Auftrag der Beschwerdegegnerin erstattet worden ist, denn nach der vom Bundesgericht eingeführten Beweiskaskade handelt es sich bei einem Administrativgutachten um ein Beweismittel „zweiter Klasse“, während es sich bei den Berichten von behandelnden Ärzte nur um Beweismittel „vierter Klasse“ handelt, weil in



Bezug auf behandelnde Ärzte bereits aufgrund des Behandlungsauftrages der objektive Anschein der Befangenheit besteht (vgl. zum Ganzen etwa die Hinweise im Entscheid IV 2019/277 des St. Galler Versicherungsgerichtes vom 24. August 2021, E. 4.1). Das Gutachten von Dr. I.\_\_\_\_ weist allerdings auch eine deutlich höhere Überzeugungskraft als die Berichte der behandelnden Ärzte auf, weil Dr. I.\_\_\_\_ den für seine Beurteilung massgebenden medizinischen Sachverhalt umfassend erhoben und ausführlich wiedergegeben hat. Er hat den Beschwerdeführer ausführlich befragt und untersucht und er hat sämtliche Vorakten eingehend gewürdigt. In seinem Gutachten hat er sowohl die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers als auch die von ihm erhobenen objektiven klinischen Befunde umfassend wiedergegeben, wobei er – anders als die behandelnden Ärzte – klar zwischen den subjektiven Angaben und den für die Beurteilung massgebenden objektiven klinischen Befunde unterschieden hat. Er hat sich auch eingehend mit der Beurteilung des Neuropsychologen Y.\_\_\_\_ auseinandergesetzt und den in der neuropsychologischen Testung erhobenen Befunden Rechnung getragen. Seine Schlussfolgerungen bezüglich der Diagnosestellung und der Arbeitsfähigkeitsschätzung hat er überzeugend anhand der objektiven Befunde hergeleitet und begründet. Da der Beschwerdeführer in der neuropsychologischen Testung (wie bereits bei früheren neuropsychologischen Testungen) weitgehend durchschnittliche respektive nur geringfügig defizitäre Leistungen gezeigt hat und weil auch der in der psychiatrischen Exploration erhobene objektive klinische Befund weitestgehend unauffällig gewesen ist, überzeugt das Attest einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit für den leichten neuropsychologischen Defiziten angepasste Tätigkeiten. Widersprüche sind nicht auszumachen. Soweit Dr. I.\_\_\_\_ bezüglich der Diagnosestellung oder der Arbeitsfähigkeitsschätzung zu von jenen der behandelnden Ärzte abweichenden Schlussfolgerungen gelangt ist, hat er überzeugend aufgezeigt, weshalb nicht auf die Schlussfolgerungen der behandelnden Ärzte abgestellt werden kann. Auch die Begründung dafür, dass Dr. I.\_\_\_\_ die erlernte Tätigkeit als angelernter B.\_\_\_\_ als ideal leidensadaptiert qualifiziert hat, überzeugt. In den Akten finden sich keine Hinweise, die Zweifel an der Überzeugungskraft des Gutachtens von Dr. I.\_\_\_\_ wecken würden. Folglich steht gestützt auf das Gutachten von Dr. I.\_\_\_\_ mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit fest, dass der Beschwerdeführer im hier massgebenden Zeitraum ab dem 1. Oktober 2014 (abgesehen von irrelevanten kurzen Unterbrüchen während der stationären Behandlungen) sowohl als angelernter B.\_\_\_\_ als auch als Hilfsarbeiter durchgehend uneingeschränkt arbeitsfähig und damit in der Lage gewesen ist, ein dem Valideneinkommen entsprechendes Invalideneinkommen zu erzielen. Das bedeutet, dass der Beschwerdeführer nicht rentenbegründend invalid gewesen ist, weshalb sich die angefochtene Verfügung als rechtmässig erweist.



### 3.

Die Beschwerde ist abzuweisen. Der Beschwerdeführer ist zufolge der Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege von der Pflicht, die angesichts des durchschnittlichen Verfahrensaufwandes auf 600 Franken festzusetzenden Gerichtskosten zu bezahlen, befreit. Sollten es seine wirtschaftlichen Verhältnisse dereinst gestatten, wird er zur Nachzahlung der Gerichtskosten verpflichtet werden können (Art. 99 Abs. 2 VRP i.V.m. Art. 123 ZPO).

### Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Der Beschwerdeführer ist von der Pflicht, die Gerichtskosten von 600 Franken zu bezahlen, befreit.