



Fall-Nr.: IV 2013/523
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 19.12.2019
Entscheiddatum: 08.11.2016

Entscheid Versicherungsgericht, 08.11.2016

Art. 28 IVG. Abstellen auf die Arbeitsfähigkeitsschätzungen der Gutachter und des behandelnden Psychiaters. Bei einer Arbeitsunfähigkeit von 50 % aus psychiatrischer Sicht hat der Versicherte Anspruch auf eine Dreiviertelsrente. Gutheissung der Beschwerde (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 3. November 2016, IV 2013/523). Aufgehoben durch Urteil des Bundesgerichts 8C_793/2016.

Besetzung

Vizepräsident Ralph Jöhl, Versicherungsrichterinnen

Karin Huber-Studerus und Lisbeth Mattle Frei;

Gerichtsschreiberin Lea Hilzinger

Geschäftsnr.

IV 2013/523

Parteien

A.____,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Martin Frey,

Amparo Anwälte und Notare, Neugasse 26, Postfach 148,



St.Galler Gerichte

9001 St. Gallen,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

IV-Leistungen

Sachverhalt

A.

A.a A.____ meldete sich im März 2008 bei der IV-Stelle des Kantons St. Gallen zum Bezug von IV-Leistungen an (IV-act. 1). Er gab an, an Morbus Bechterew zu leiden und seit dem 18. August 2007 nicht mehr arbeitsfähig zu sein. In Z.____ habe er die Hauptschule und eine Ausbildung als Landmaschinentechniker absolviert.

A.b Die B.____ AG berichtete am 13. März 2008 (IV-act. 17), dass sie dem Versicherten, den sie seit dem 1. Mai 1995 beschäftigt habe, per Ende Mai 2008 gekündigt habe. Vor dem Eintritt des Gesundheitsschadens sei der Versicherte als Lagermitarbeiter tätig gewesen. Der letzte effektive Arbeitstag sei der 15. August 2007 gewesen. Am

selben Tag teilte Dr. med. C.____, Arzt für Psychiatrie (Klinik E.____), RAD-Ärztin Dr. med. F.____ mit, dass ein Zustand nach einer schweren depressiven Episode, gegenwärtig remittiert, bestehe (IV-act. 7 und 19). Der Versicherte sei Schichtführer bei der B.____ AG gewesen. Wegen Rückenschmerzen sei ihm ein adaptierter Arbeitsplatz in der Abteilung „Verpackung“ zugewiesen worden. Aufgrund der Schmerzen habe er eine schwere Depression entwickelt. Nach sechs Wochen Rehabilitation sei die Depression remittiert und auch die Schmerzen hätten deutlich abgenommen. Aus psychiatrischer Sicht sei der Versicherte zu 100 % arbeitsfähig. Am 31. März 2008 berichtete derselbe Arzt, dass sich der Versicherte vom 7. Januar bis 22. Februar 2008 wegen einer



Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (F43.21) in einer ambulanten Rehabilitationsbehandlung in der Klinik E.____ befunden habe (IV-act. 29-45 f.). Der Versicherte habe über diverse Schmerzen geklagt, die sich auch negativ auf sein psychisches Zustandsbild auswirkten. Obwohl er am Ende des Aufenthalts von gleichbleibenden körperlichen Beschwerden berichtet habe, habe eine Verbesserung seines psychischen Zustandsbildes festgestellt werden können. Aus psychiatrischer Sicht sei der Versicherte zu 50 % arbeitsunfähig. Dr. med. G.____, Allgemeine Medizin FMH, berichtete am 5. Mai 2008 (IV-act. 29-1 ff.), dass der Versicherte bei der Arbeit wie auch ohne körperliche Belastung über permanente Schmerzen, die seine Beweglichkeit massiv einschränkten, klage. Ihm als Hausarzt falle es schwer, die Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit einzuschätzen. Versuchsweise sei eine körperlich leichte Tätigkeit zu 50 % zumutbar.

A.c Am 30. September 2008 wurde der Versicherte rheumatologisch und psychiatrisch begutachtet (Gutachten vom 29. Dezember 2008, IV-act. 51). Dr. med. H.____, Facharzt für Rheumatologie und Innere Medizin, und med. pract. I.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, gaben die folgenden Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit an:

- Chronisches Panvertebralsyndrom bei/mit:
 - Akzentuierung lumbal;
 - Wirbelsäulenfehlhaltung;
 - Diskushernie C5/6 ohne Neurokompression;
 - Symptomausweitung mit Selbstlimitierung und Somatisierungstendenz bei psychosozialer Problemkonstellation;
 - DD entzündlicher Rückenschmerz bei Dg. 2 eher im Hintergrund;
- V. a. seronegative, HLA-B27-negative Spondarthropathie:
 - Bilaterale Sacroiliitis (fragl. MRI-Befund 2005);



St.Galler Gerichte

- multilokuläre Dolenzen versus anamnestisch mögliche Enthesitiden;
- St. n. 4 Remicade-Infusionen ohne Effekt;
- keine humorale Entzündungsaktivität versus maximalster Schmerz;
- fehlende klinische Zeichen zur dargebotenen Einsteifung;
- Symptomausweitung i.S. Dg 1.

Keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätten u.a. ein Tinnitus rechts, eine undifferenzierte Somatisierungsstörung (F45.1) und Probleme in Verbindung mit Berufstätigkeit und Arbeitslosigkeit (Z56). Der rheumatologische Gutachter erklärte, dass ein organisch begründbares arbeitsmedizinisches Problem vor dem Hintergrund der bestehenden Selbstlimitierung schwer zu umreissen sei. Bei nachgewiesener zervikaler Diskushernie könne von einer gewissen Minderung der Belastbarkeit der HWS für langdauernd sitzende Körperhaltungen, Arbeiten im Überkopfbereich mit repetitiv HWS-rotierenden Stereotypien ab dem Jahr 2006 angenommen werden. Die psychiatrische Gutachterin erklärte, dass sie keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit angeben könne. Die vormals die Arbeitsfähigkeit limitierende depressive Störung sei per März 2008 remittiert. Für das Vorliegen einer somatoformen Schmerzstörung oder einer Hypochondrie bestünden keine Anhaltspunkte. Die zahlreichen geschilderten und sehr diffus wirkenden Symptome entsprächen nicht dem vollständigen und typischen klinischen Bild einer Somatisierungsstörung und würden deshalb als undifferenzierte Somatisierungsstörung zusammengefasst. Diese und auch die durch den Stellenverlust entstandenen, nachvollziehbaren psychosozialen Probleme hätten keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Die Überwindung der Schmerzen könne dem Versicherten zugemutet werden. In bidisziplinärer Hinsicht schätzten die Gutachter die Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit wie auch in einer körperlich mittelschweren Verweistätigkeit ohne HWS-Belastung auf 100 %.

A.d Mit Verfügung vom 23. März 2009 (IV-act. 59) wies die IV-Stelle das Gesuch um berufliche Eingliederungsmassnahmen sowie das Rentengesuch mit der Begründung ab, dass der Versicherte in seiner bisherigen Tätigkeit als Lagerist zu 100 %



St.Galler Gerichte

arbeitsfähig sei. Gegen diese Verfügung liess der Versicherte Beschwerde erheben (IV-act. 73). Am 3. November 2009 widerrief die IV-Stelle die angefochtene Verfügung (IV-act. 79). Das Beschwerdeverfahren wurde in der Folge abgeschlossen (IV-act. 83).

A.e Mit Verfügung vom 1. April 2010 (IV-act. 89 und 91) wurde dem Versicherten bei einem IV-Grad von 50 % für den Zeitraum 1. August bis 31. Dezember 2008 eine befristete halbe Rente zugesprochen. Zur Begründung führte die IV-Stelle an, dass der Versicherte in der Zeit vom 16. August 2007 bis 13. März 2008 in sämtlichen Tätigkeiten zu 100 % arbeitsunfähig gewesen sei. Vom 14. März 2008 bis 29. Dezember 2008 habe in einer leidensangepassten Tätigkeit eine zumutbare Arbeitsfähigkeit von 50 % bestanden. Das Valideneinkommen setzte die IV-Stelle auf Fr. 60'000.-- und das Invalideneinkommen auf Fr. 30'000.-- fest. Auch gegen diese Verfügung liess der Versicherte Beschwerde erheben (IV-act. 95). Mit Entscheid vom 7. Mai 2012 (IV 2010/200, IV-act. 104) hiess das kantonale Versicherungsgericht die Beschwerde in dem Sinne gut, dass es die Sache zur weiteren Abklärung und zur neuen Verfügung an die IV-Stelle zurückwies. Das Gericht erwog, es stehe mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit fest, dass der Versicherte in der massgebenden Zeit nach Ablauf des Wartejahres (d.h. ab 1. August 2008) aus somatischer Sicht wie auch aus psychiatrischer Sicht in einer adaptierten Erwerbstätigkeit voll arbeitsfähig gewesen sei. Allerdings habe es die IV-Stelle unterlassen, den medizinischen Verlauf nach der Ende 2008 durchgeführten bidisziplinären Begutachtung bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 1. April 2010 zu erheben. Zudem gehe aus den Akten hervor, dass der Versicherte bis zu einem noch nicht genau bestimmten Zeitpunkt im Jahr 2003, eventuell 2004, entweder als Schichtführer oder als Gruppenleiter in der Produktion gearbeitet habe. Diese Tätigkeit habe er gemäss eigenen Angaben aus gesundheitlichen Gründen (Rückenschmerzen, Tinnitus) aufgegeben. Falls eine Krankheit dazu geführt habe, dass der Versicherte eine möglicherweise besser bezahlte Tätigkeit habe aufgeben müssen, könne die zuletzt ausgeübte Arbeit im Lager nicht als Validenkarriere angesehen werden.

A.f Dr. med. J.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, erklärte am 31. Mai 2012 (IV-act. 110), dass sie keine Angaben zur Arbeitsfähigkeit des Versicherten machen könne. Bezüglich der Diagnosen verwies sie auf eine E-Mail vom 6. September 2011 an den



St.Galler Gerichte

Rechtsvertreter des Versicherten (IV-act. 110 7 ff.). Darin hatte sie angegeben, dass der Versicherte von Januar bis April 2010 an einer anhaltenden ängstlich-depressiven Störung, ggw. mittelschwere Ausprägung (F38.8), an einer Somatisierungsstörung (F45.0) mit multiplen und wechselnden körperlichen Beschwerden und generalisierten und andauernden intensiven Schmerzen und an akzentuierten ängstlich-paranoiden Persönlichkeitszügen (Z73.1) gelitten habe. Der Gesundheitszustand sei chronifiziert. Der Versicherte sei gedanklich stark auf seine Beschwerden, vorwiegend auf die generalisierten Schmerzen, eingeengt. Jegliche Form der Belastung führe zu einer Zunahme der Beschwerden sowie zu einer Intensivierung der depressiven Symptomatik. Aktuell sei die depressive Symptomatik leicht ausgeprägt. Der Hausarzt des Versicherten, Dr. med. G.____, Allgemeine Medizin FMH, berichtete am 1. Juni 2012 über einen stationären Gesundheitszustand (IV-act. 109). Dr. C.____ berichtete am 21. Juni 2012, dass sich der Gesundheitszustand des Versicherten verschlechtert habe (IV-act. 114). Als Diagnose nannte er eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige bis schwere Episode mit somatischen Symptomen (F33.11/2). Der Versicherte leide an einer reduzierten Konzentrationsfähigkeit und Ausdauer, an einer verlangsamten Psychomotorik und an einer raschen Ermüdbarkeit mit einem vermehrten Erholungsbedarf. Die bisherige Tätigkeit wie auch eine adaptierte Tätigkeit seien dem Versicherten noch zu 50 % bzw. ca. 4 bis 4.5 Stunden pro Tag zumutbar. Eine adaptierte Tätigkeit dürfe keine sehr hohen Anforderungen an die psychische Belastbarkeit stellen. Insbesondere Arbeiten unter vielen äusseren Reizen bzw. unter Lärm und mit sehr hohen Anforderungen an die Konzentration seien dem Versicherten nicht mehr zumutbar. Als adaptierte Tätigkeit komme beispielsweise eine Fließbandarbeit ohne Schichtarbeit in Frage.

A.g Die K.____ AG (vormals B.____ ag) erklärte am 26. Oktober 2012 (IV-act. 120-12), dass der Versicherte am 1. April 2000 zum Gruppenleiter Produktion befördert worden sei und sein monatliches Salär ab diesem Zeitpunkt Fr. 4'200.-- zzgl. Schichtzulage betragen habe. Am 11. August 2003 habe er in die Spedition gewechselt und ein Einkommen von Fr. 4'300.-- pro Monat erzielt. Hätte der Versicherte keine gesundheitlichen Probleme gehabt und wäre er nicht in die Spedition gewechselt, würde er heute als Gruppenleiter ca. Fr. 4'850.-- brutto (zzgl. Fr. 1'000.-- 4-Schichtzulage/Fr. 500.-- 3-Schichtzulage) verdienen.



St.Galler Gerichte

A.h Am 19., 20. und 25. Februar sowie am 6. März 2013 wurde der Versicherte von der Medas Zentralschweiz polydisziplinär (allgemein-internistisch, rheumatologisch, otorhino-laryngologisch, dermatologisch und psychiatrisch) begutachtet (Gutachten vom 29. Mai 2013, IV-act. 130). Als Diagnosen mit wesentlicher Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit gaben die Gutachter an:

- Zervikospondylogenes Syndrom bei abgeflachter Zervikallordose und leicht bis mässiggradiger rechtskonvexer Torsionsskoliose;
- mässige Segmentdegeneration C5/6 mit kernspintomographisch nicht neuro-kompressiver medio-rechtslateraler Diskushernie;
- mittelgradige depressive Episode ohne somatisches Syndrom (F32.10);
- Verdacht auf posttraumatische Belastungsstörung (F43.1);
- chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41).

Die Diagnosen ohne wesentliche Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit lauteten u.a. (vollständige Liste siehe IV-act. 130-38 f.):

- Chronisches thorako-lumbo-iliosakrales Schmerzsyndrom;
- Innenohrschwerhörigkeit rechts;
- Tinnitus rechts;
- Schwindel unklarer Genese, wahrscheinlich unspezifischer Art;
- rezidivierende unklare Gesichtsschwellungen und Lidödeme beidseits (anamnestisch).

Der Versicherte habe anlässlich der Begutachtung insbesondere über Schmerzen im ganzen Körper, eine chronische Müdigkeit, eine innere Unruhe, einen Tinnitus und Migräne geklagt. Dr. med. L. ____, Facharzt FMH für Rheumatologie, erklärte, dass ein organisch nicht begründbares thorako-lumbo-iliosakrales Schmerzsyndrom im



Vordergrund stehe, welches im Rahmen des chronifizierten, therapierefraktären Ganzkörpersyndroms zu interpretieren sei. Er halte eine axiale Spondarthropathie als Ursache für die Wirbelsäulenbeschwerden für sehr unwahrscheinlich. Insbesondere seien die ASAS-Kriterien 2009 nicht erfüllt. Bis auf Dr. M.____ hätten auch alle anderen Rheumatologen die Diagnose einer Spondarthropathie für unwahrscheinlich erachtet. Ein leichtes Kontrastmittel-Enhancement könne durchaus auch im Rahmen degenerativer Veränderungen oder überlastungsbedingt auftreten. Aufgrund einer isolierten Segmentdegeneration C5/C6 könnten dem Versicherten keine ausschliesslichen körperlichen Schwerarbeiten wie auch keine ausschliesslichen bzw. häufigen Arbeiten über Kopf mit reklinierter Halswirbelsäule zugemutet werden. Gemäss dem Arbeitsprofil des letzten Arbeitsgebers habe der Versicherte nie schwere Lasten heben oder transportieren und keine Überkopfarbeiten verrichten müssen. Die angestammte Tätigkeit wie auch jede andere körperlich leichte, mittelschwere und gelegentlich schwere Tätigkeit sei dem Versicherten unter Berücksichtigung der vorgenannten Einschränkungen zu 100 % zumutbar. Auch retrospektiv sei in der angestammten Tätigkeit aus rheumatologischer Sicht von einer vollen Arbeitsfähigkeit auszugehen. Zu diesem Schluss sei auch Dr. H.____ in seinem Gutachten vom 29. Dezember 2008 gekommen. Dr. med. N.____, HNO-Ärztin, hielt in ihrem Teilgutachten fest, dass der Versicherte aus HNO-ärztlicher Sicht zu 100 % arbeitsfähig sei mit der Einschränkung, dass er wegen des Tinnitus nicht im Lärm arbeiten dürfe und wegen des Schwindels keine Arbeiten mit Sturzgefahr verrichten könne. Die dermatologische Gutachterin Dr. med. O.____ gab in ihrem Teilgutachten an, die Ursache der anamnestisch rezidivierenden, zum Teil persistierenden Ödeme im Gesicht sei im Moment nicht sicher geklärt. Im Untersuchungszeitpunkt seien sie nicht vorhanden bzw. es seien höchstens fraglich leichte Lidschwellungen sichtbar gewesen. Die Auswahl an Differentialdiagnosen bei Gesichtsschwellungen sei relativ gross. Aufgrund der unklaren Diagnose könnten keine sicheren Angaben zur Prognose bezüglich der Intensität und der Häufigkeit der Hautsymptome gemacht werden. Die Arbeitsfähigkeit sei deshalb nur beschränkt beurteilbar. Gehe man davon aus, dass es sich um eine Rosacea handle, sei der Versicherte durch die Hautveränderungen in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit in der Spedition/als Staplerfahrer nicht eingeschränkt. Ob bei einer Tätigkeit, bei welcher soziale Kontakte wichtig seien, wegen den Gesichtsschwellungen allenfalls eine gewisse Einschränkung bestehe, müsste im



konkreten Fall abgeklärt werden. Eine adaptierte Tätigkeit sollte eher nicht im Freien stattfinden bzw. es sollte die Möglichkeit eines guten Sonnenschutzes bestehen. Der psychiatrische Gutachter Dr. med. P.____ hielt im psychiatrischen Teilgutachten fest, im Alter von etwa 10 Jahren habe der Versicherte die Waffe seines Vaters genommen und seinen 4- bis 5-jährigen Cousin unbeabsichtigt getroffen und getötet. Ein solch schweres Trauma sei ohne professionelle Hilfe kaum zu bewältigen. Die grossen Schuldgefühle hätten sich zu einer zunehmenden Depression entwickelt. Der psychiatrische Gutachter gab weiter an, er habe bewusst darauf verzichtet, das traumatisierende Erlebnis vertieft zu erheben, da dieses Ereignis den Versicherten offensichtlich belaste und eine Konfrontation eine Retraumatisierung bewirken könnte. Der Versicherte habe im Gespräch zudem Hinweise auf eine beginnende Dissoziation, d.h. auf eine Abspaltung der Emotionen vom Erzählen der Geschichte, gezeigt. Aktuell hätten sich noch Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung, wie sich aufdrängende Erinnerungen und andauernde Gefühle von Betäubtsein und von emotionaler Stumpfheit, gezeigt. Um die Diagnose definitiv stellen zu können, wäre eine vertiefte Exploration mit einem professionellen Dolmetscher notwendig. Da die Störung als solches eher gering ausgeprägt sei, dürfte sie jedoch kaum direkt, sondern vor allem indirekt durch die Depression und die Schmerzen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit haben. Bei der Evaluation der Depression über Depressionsskalen hätten sich Werte im Bereich einer mittelschweren Depression ergeben. Gewisse Symptome wie Reizbarkeit und Schlafstörungen könnten sowohl bei einer Depression wie auch bei chronischen Schmerzen auftreten. Würden die entsprechenden Symptome nicht mitgezählt, lägen die Werte im Bereich einer leichten Depression. Für die Diagnose sei die klinische Beurteilung entscheidend, wo aktuell unter Behandlung mit zwei Antidepressiva eine leichte bis mittelgradige Depression vorliege. Die Serumspiegel zeigten, dass der Versicherte die Antidepressiva einnehme. Verglichen mit den Vorberichten aus dem Jahr 2008 habe sich die Depression verschlechtert, verglichen mit dem letzten Bericht von Dr. C.____ etwas verbessert. Eine rezidivierende Depression zeige typischerweise gewisse Schwankungen im Schweregrad. Für die Beurteilung der anhaltenden Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit sei daher nicht nur vom momentanen Schweregrad, sondern von einem durchschnittlichen Schweregrad, d.h. in diesem Fall von einer mittelgradigen Depression, auszugehen. Im Moment sei es eher schwierig, eine Prognose abzugeben. Der psychiatrische Gutachter erklärte



weiter, dass die Schmerzstörung aus psychiatrischer Sicht eine gewisse Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu bewirken vermöge. Es bestünden eine psychiatrische Komorbidität, ein mehrjähriger Krankheitsverlauf, ein sozialer Rückzug und unbefriedigende ambulante und stationäre Behandlungsergebnisse. Eine an sich missglückte, aber entlastende Konfliktbewältigung lasse sich zumindest als Hypothese herausarbeiten: Dadurch, dass der Versicherte leide, könne er für seine Schuld sühnen. Dieser Zusammenhang dürfte ihm allerdings weitgehend unbewusst sein. Die Behandlungsoptionen seien noch nicht ausgeschöpft. Insbesondere fehle der Versuch einer Systemtherapie und einer traumaspezifischen und lösungsorientierten Psychotherapie. Aufgrund der Depression und der Schmerzen seien der Antrieb, die Ausdauer, die Konzentrationsfähigkeit, das Selbstvertrauen, das Arbeitstempo und die Kontakt- und Verkehrsfähigkeit des Versicherten beeinträchtigt. Er schlafe schlecht, was die Regeneration erschwere und tagsüber zu einer vermehrten Müdigkeit führe. Zurzeit sei eine Präsenzzeit von etwa 6.5 Stunden pro Tag (75 %) möglich. Die Leistungen seien aktuell im Ausmass von etwa 40 % eingeschränkt. Zusammengefasst könne aus psychiatrischer Sicht für die bisherige Tätigkeit als Gerätemonteur oder für eine angepasste Tätigkeit von einer Arbeitsunfähigkeit von etwa 50 % ausgegangen werden. Dr. C.____ sei im Jahr 2008 vor allem aufgrund der damals leichten Depression in jeglicher Tätigkeit von einer 50 %igen Arbeitsfähigkeit ausgegangen. Weshalb er eine für diese Diagnose relativ hohe Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bescheinigt habe, habe er nicht dargelegt. Dr. F.____ und Dr. I.____ hätten im Jahr 2008 keine Depression mehr feststellen können und die Arbeitsfähigkeit auf 100 % geschätzt. Im Jahr 2012 habe Dr. C.____ eine mittelgradige bis schwere Depression diagnostiziert, so dass seither von einer leichten Verbesserung des Gesundheitszustandes ausgegangen werden könne. Die Einschätzung von Dr. C.____ habe sich ausschliesslich auf die Depression bezogen. Aufgrund der Akten und der Anamnese könne retrospektiv keine genaue Aussage gemacht werden, ob und wann sich der Gesundheitszustand und damit die Arbeitsfähigkeit verändert hätten. Es sei jedoch anzunehmen, dass sich der Gesundheitszustand seit dem Bericht von Dr. C.____ vom 21. Juni 2012 gesamthaft gesehen nicht wesentlich verändert habe, sodass die aktuelle Einschätzung ab etwa Juni 2012 gelte. In polydisziplinärer Hinsicht erklärten die Gutachter, dass die bisherige Tätigkeit als Maschinenführer/Lagerist/Staplerfahrer nicht mehr in Frage komme, da diese Tätigkeit gemäss dem Versicherten enorm lärmbelastet sei resp. man für diese



Arbeit über ein gutes Gehör verfügen müsse. In einer körperlich leichten, mittelschweren und phasenweise auch in einer körperlich schweren Tätigkeit sei der Versicherte aus psychiatrischer Sicht seit Juni 2012 zu 50 % arbeitsfähig, wobei die folgenden Adaptionskriterien zu beachten seien: Keine ausschliessliche Schwerarbeit, kein Lärm, keine Arbeiten auf Gerüsten und Leitern sowie an gefährlichen Maschinen und keine ausschliesslich im Freien auszuübende Tätigkeiten. RAD-Arzt Dr. med. Q.____ erklärte am 11. Juni 2013 sinngemäss, dass auf das Medas-Gutachten abgestellt werden könne (IV-act. 131).

A.i Auf eine interne Anfrage hin erklärte ein Mitarbeiter des Rechtsdienstes am 17. Juni 2013 (IV-act. 134), aus den Angaben im Medas-Gutachten und in den medizinischen Vorakten sei zu schliessen, dass es sich bei der depressiven Störung um eine Begleiterscheinung zur Schmerzkrankheit handle. Rechtsprechungsgemäss stelle eine mittelgradige depressive Episode keine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im Sinne eines verselbständigten Gesundheitsschadens dar, die es der betroffenen Person verunmöglichen würde, die Folgen der Schmerzstörung zu überwinden. Im Lichte der Rechtsprechung stelle die im Medas-Gutachten diagnostizierte mittelgradige depressive Episode keine psychische Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer zur Schmerzstörung dar, zumal zu berücksichtigen sei, dass leichte bis höchstens mittelschwere psychische Störungen aus dem depressiven Formenkreis grundsätzlich als therapeutisch angebar gälten. Auch eine erhebliche körperliche Begleiterkrankung liege nicht vor, da es an einem somatischen Korrelat für das syndromale Leiden fehle. Laut dem psychiatrischen Teilgutachten verfüge der Versicherte über intakte Beziehungen zu seiner Ehefrau und den Kindern und habe gelegentlich Kontakt zu weiteren Personen. Ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens bestehe also nicht. Mit Blick auf die Therapieempfehlungen des psychiatrischen Gutachters und angesichts der angegebenen Diagnosen sei von einer therapeutischen Angebarkeit der psychischen Probleme auszugehen. Unter diesen Umständen bleibe in rechtlicher Hinsicht kein Raum für die Annahme einer mit psychischen Leiden begründeten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Für die Invaliditätsbemessung sei daher von einer vollen Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit auszugehen.



St.Galler Gerichte

A.j Mit Vorbescheid vom 28. Juni 2013 (IV-act. 141) kündigte die IV-Stelle dem Versicherten bei einem IV-Grad von 0 % die Abweisung des Rentengesuchs an. Zur Begründung führte sie an, dass die Schmerzstörung mit einer mittelgradigen depressiven Episode ohne somatisches Syndrom als nicht invalidisierend zu qualifizieren sei, da die Foerster-Kriterien nicht erfüllt seien. Der Versicherte sei in seiner angestammten wie auch in einer adaptierten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig. Das Validen- und Invalideneinkommen setzte die IV-Stelle auf Fr. 72'800.-- fest (Lagerist, Gruppenleiter, 2011, siehe IV-act. 139). Mit Verfügung vom 16. September 2013 (IV-act. 142) wies sie das Rentengesuch aus den im Vorbescheid genannten Gründen ab.

B.

B.a Gegen diese Verfügung liess der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer) am 18. Oktober 2013 Beschwerde erheben (act. G 1). Sein Rechtsvertreter beantragte die Aufhebung der Verfügung und die Zusprache einer ganzen Rente. Ausserdem stellte er ein Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege. Zur Begründung machte er geltend, die IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) habe das Medas-Gutachten einseitig gewürdigt und sei entsprechend zu falschen Schlüssen gekommen.

B.b Die Beschwerdegegnerin beantragte am 3. Dezember 2013 die Abweisung der Beschwerde (act. G 3). In ihrer Begründung gab sie die Stellungnahme des Rechtsdiensts vom 17. Juni 2013 wieder. Ergänzend führte sie aus, es sei nicht ersichtlich, dass bereits im Sommer 2003 ein relevanter Gesundheitsschaden vorgelegen haben könnte, welcher den Beschwerdeführer dazu gezwungen hätte, von der besser bezahlten Tätigkeit als Schichtführer in die weniger gut bezahlte Tätigkeit ins Lager zu wechseln. Das Valideneinkommen entspreche daher dem zuletzt als Lagermitarbeiter erzielten Lohn. Dieser habe sich im Jahr 2006 auf Fr. 59'923.-- belaufen. Angepasst an die Nominallohnentwicklung habe das Valideneinkommen im Jahr 2008 Fr. 62'244.-- betragen. Das Invalideneinkommen entspreche dem durchschnittlichen Hilfsarbeiterlohn gemäss der Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik des Jahres 2008, d.h. Fr. 59'979.--. Umstände, die einen Abzug vom Tabellenlohn rechtfertigten, seien keine ersichtlich. Der IV-Grad betrage folglich 4 %.



St.Galler Gerichte

B.c Am 9. Dezember 2013 bewilligte das Gericht das Gesuch um unentgeltliche Rechts-pflege (Befreiung von den Gerichtskosten und Bewilligung der unentgeltlichen Rechtsverteistandung) für das Beschwerdeverfahren (act. G 4).

B.d Mit Replik vom 4. Mai 2014 (act. G 14) änderte der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers seine Anträge insoweit ab, als er die Zusprache einer Invalidenrente basierend auf einem IV-Grad von mindestens 50 % verlangte. Er machte geltend, dass der Beschwerdeführer an einer eigenständigen depressiven Störung leide. Die depressive Störung sei auf das sehr traumatische Ereignis in der Kindheit zurückzuführen. Der behandelnde Psychiater Dr. C.____ gehe wie der Medas-Gutachter von einer 50 %igen Arbeitsunfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit aus. Es erstaune, dass die Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort auf ein bedeutend tieferes Valideneinkommen abstelle als in der angefochtenen Verfügung. Nach der Auffassung des Beschwerdeführers sei das Valideneinkommen auf Fr. 72'000.-- und das Invalideneinkommen auf Fr. 29'990.-- (50 % von Fr. 59'979.--) festzusetzen. Der IV-Grad betrage folglich 58.81 %. Der Replik lag ein Bericht von Dr. C.____ vom 17. März 2014 bei (act. G 14.1). Dieser hatte erklärt, dass sich der Zustand des Beschwerdeführers seit der Behandlungsaufnahme im Jahr 2008 sehr schwankend, geprägt durch wiederholte schwere depressive Dekompensationen, gezeigt habe. Die Verschlechterung des Zustandes sei insbesondere im Jahr 2009 eingetreten, als der Beschwerdeführer begonnen habe, sich mit dem traumatischen Ereignis im Jahr 1976 auseinanderzusetzen. Der Beschwerdeführer leide an einer eigenständigen depressiven Störung. Diese sei ätiologisch auf das sehr traumatische Ereignis in der Kindheit zurückzuführen und nicht als Anpassungsproblematik nach dem Ausbruch der körperlichen Schmerzen zu werten. Seine Beurteilung decke sich mit jener der Medas. Aufgrund der teilchronifizierten depressiven Störung bestünden eine depressiv bedingte, anhaltend reduzierte Belastbarkeit, Konzentrationsausdauer und geistige Flexibilität, anhaltende Antriebsstörungen, eine verlangsamte Psychomotorik sowie ein depressiv bedingtes Morgentief. Die Arbeitsunfähigkeit betrage 50 %. Der Beschwerdeführer könne die Restarbeitsfähigkeit wegen des Morgentiefs nur am Nachmittag verwerten. Es lägen weder psychosoziale noch soziokulturelle Belastungsfaktoren vor. Der Verlauf der depressiven Symptomatik bzw. die Chronifizierung der depressiven Symptome deute auf eine rezidivierende depressive Störung hin.



B.e Mit Duplik vom 9. Mai 2014 (act. G 16) brachte die Beschwerdegegnerin vor, dass ein organisch nicht begründbares thorako-lumbo-iliosakrales Schmerzsyndrom im Vordergrund stehe. Eine depressive Episode unterscheide sich von einer depressiven Störung hauptsächlich hinsichtlich ihrer Dauer, nicht aber bezüglich der Schwere der Erkrankung. Es bestehe folglich keine relevante psychische Komorbidität.

B.f Am 11. Januar 2016 räumte das Gericht der Beschwerdegegnerin die Gelegenheit ein, zur Änderung der Rechtsprechung zur invalidensversicherungsrechtlichen Behandlung diagnostizierter anhaltender somatoformer Schmerzstörungen und vergleichbarer Leiden Stellung zu nehmen (act. G 18). Die Beschwerdegegnerin antwortete am 27. Januar 2016 (act. G 20), dass auch nach der Praxisänderung leichte bis höchstens mittelschwere Störungen aus dem depressiven Formenkreis in der Regel als therapierbar gälten und deshalb invalidenversicherungsrechtlich zu keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führten. Der Medas-Gutachter habe dargelegt, dass beim Beschwerdeführer die Behandlungsoptionen noch nicht ausgeschöpft seien. Somit fehle es an einer therapie-resistenten, invalidisierenden psychischen Störung und folglich auch an einer relevanten psychischen Komorbidität. Auch eine organische Komorbidität könne ausgeschlossen werden. Dass die Arbeitsfähigkeit nicht in einem rentenauslösenden Ausmass eingeschränkt sei, werde durch die weiteren relevanten Indikatoren wie die (eher) günstigen persönlichen Ressourcen bestätigt. Der Rechtsvertreter hielt in seiner Stellungnahme vom 14. April 2016 fest (act. G 28), dass nach wie vor von einem eigenständigen, chronifizierten psychischen Leiden mit einem erheblichen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit auszugehen sei. Sollte das Gericht zur Überzeugung gelangen, dass der vorliegende Fall von der Praxisänderung betroffen sei, müsste eine Neubegutachtung erfolgen. In einem beigelegten Bericht vom 25. Februar 2016 (act. G 28.1) hatte Dr. C. ___ erklärt, dass aufgrund der jahrelangen depressiven Symptomatik in unterschiedlichem Ausmass von einer rezidivierenden depressiven Störung ausgegangen werden müsse. Der Beschwerdeführer stehe in regelmässiger psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung, sodass von einer lege artis durchgeführten Behandlung auszugehen sei. Dank einer Traumatherapie hätten eine schwere psychische Dekompensation sowie akute Suizidphasen verhindert werden können. Vor dem Ausbruch der depressiven Störung sei der Beschwerdeführer den sozialen Anforderungen gewachsen gewesen. Er habe jahrelang eine konstante Arbeitsleistung erbracht, zwischenmenschliche Beziehungen gepflegt und die



St.Galler Gerichte

Verantwortung für seine Familie übernommen. Aufgrund der vorwiegend mittelschweren bis schweren depressiven Symptomatik sei weiterhin von einer höchstens 50 %igen Arbeitsfähigkeit auszugehen. Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf eine Stellungnahme hierzu (act. G 30).

B.g Am 24. Mai 2016 bat das Gericht Dr. C.____, den Verlauf der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht von Januar 2009 bis und mit Mai 2012 aufzuzeigen (act. G 34). Dr. C.____ antwortete am 21. Juni 2016, dass es aufgrund des schwankenden Verlaufs der depressiven Symptomatik nicht möglich sei, einen detaillierten Verlauf der Arbeitsfähigkeit anzugeben. In einer Längsschnittbeurteilung könne seit dem 23. Februar 2008, d.h. seit dem Austritt aus der Tagesklinik, von einer anhaltenden 50 %igen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen werden. Die schweren emotionalen Konflikte, die der Beschwerdeführer seit seiner Kindheit in sich getragen habe, habe er einerseits stark verdrängt und andererseits aufgrund von Scham- und Schuldgefühlen erst im März 2012 angesprochen. Das jahrelange Schweigen über den Ursprung der persönlichen Probleme bestätige die jahrelangen psychischen Belastungen, die zur Ausschöpfung der psychischen Ressourcen und zum Ausbruch der depressiven Störung geführt hätten.

B.h Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers und die Beschwerdegegnerin verzichteten auf eine Stellungnahme zum Bericht von Dr. C.____ (act. G 36 f.).

Erwägungen

1.

1.1 Mit der angefochtenen Verfügung hat die Beschwerdegegnerin einen Rentenanspruch des Beschwerdeführers abgelehnt. Strittig ist demnach, ob der Beschwerdeführer einen Anspruch auf eine Invalidenrente hat oder nicht.

1.2 Einen Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung haben Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können, während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 Prozent arbeitsunfähig gewesen sind und nach Ablauf



dieses Jahres zu mindestens 40 Prozent invalid sind (Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG, SR 831.20). Invalidität ist gemäss Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist der durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG).

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

2.

2.1 Um den IV-Grad ermitteln zu können, muss die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit feststehen.

2.2 Das Versicherungsgericht hat in seinem Rückweisungsentscheid vom 7. Mai 2012 erwogen, es stehe mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit fest, dass der Beschwerdeführer in der massgebenden Zeit nach Ablauf des Wartejahres, d.h. ab 1. August 2008, aus somatischer wie auch aus psychiatrischer Sicht in einer adaptierten Tätigkeit voll arbeitsfähig gewesen sei. Allerdings sei der Verlauf nach der Ende 2008 durchgeführten bidisziplinären Begutachtung bis zum Verfügungserlass (1. April 2010) unklar. Dr. C.____ hat in seinem Bericht vom 21. Juni 2016 erklärt, dass rückwirkend betrachtet ab dem Jahr 2007/2008 nicht nur eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion, sondern eine



depressive Störung bestanden habe, die mit einer 50 %igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit einhergegangen sei. Med. pract. I. ___ ist der Schiessunfall bei der Ausfertigung ihres psychiatrischen Teilgutachtens (Dezember 2008) nicht bekannt gewesen. Der psychiatrische Gutachter Dr. P. ___ hat im Medas-Gutachten vom Mai 2013 erklärt, dass die mit dem traumatischen Ereignis einhergehenden Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung eher gering ausgeprägt seien, weshalb sich diese kaum direkt, sondern vor allem indirekt durch die Depression und die Schmerzen auf die Arbeitsfähigkeit auswirken dürften. Dr. C. ___ hat am 13. März 2008 gegenüber dem RAD angegeben, dass die depressive Episode gegenwärtig remittiert sei. Eine Schmerzstörung oder ein ähnliches Leiden hat er nicht diagnostiziert. Med. pract. I. ___ hat bei der Begutachtung im September 2008 ebenfalls keine depressive Symptomatik mehr feststellen können. Auch für das Vorliegen einer chronischen Schmerzstörung hat sie zum damaligen Zeitpunkt keine Anhaltspunkte finden können. Die retrospektive Einschätzung von Dr. C. ___, dass bereits ab dem Jahr 2007/ 2008 eine 50 %ige Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht bestanden habe, überzeugt vor dem Hintergrund, dass med. pract. I. ___ anlässlich ihrer Untersuchung keine arbeitsfähigkeitsrelevanten Depressionssymptome hat erheben können, nicht. Demzufolge ist weiterhin an den Erwägungen des Entscheides vom 7. Mai 2012 festzuhalten: Der Beschwerdeführer ist in der Zeit ab März 2008, d.h. ab dem Zeitpunkt, als die Depression gemäss dem Bericht von Dr. C. ___ vom 13. März 2008 remittiert gewesen ist, aus somatischer wie auch aus psychiatrischer Sicht in einer adaptierten Tätigkeit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit voll arbeitsfähig gewesen. Somit bleibt noch der Verlauf der Arbeitsfähigkeit für die Zeit nach der bidisziplinären Begutachtung durch Dr. H. ___ und med. pract. I. ___, d.h. ab Januar 2009 bis und zum Verfügungserlass (16. September 2013), zu beurteilen.

2.3 In somatischer Hinsicht hat Dr. H. ___ im Gutachten vom Dezember 2008 unter anderem einen Verdacht auf eine Spondarthropathie angegeben. Dieser Verdacht hat sich nicht bestätigt, denn Dr. L. ___ ist im Medas-Gutachten vom 29. Mai 2013 zum Schluss gekommen, dass eine axiale Spondarthropathie als Ursache für die Wirbelsäulenbeschwerden sehr unwahrscheinlich sei. Beide rheumatologischen Gutachter haben die Arbeitsfähigkeit in der angestammten wie auch in jeder anderen körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeit auf 100 % geschätzt. Dr. L. ___ ist sogar davon ausgegangen, dass dem Beschwerdeführer gelegentlich schwere Arbeiten



zumutbar seien. Divergierende Arbeitsfähigkeitsschätzungen liegen nicht im Recht. Der Beschwerdeführer hat bis März 2003 als Gruppenleiter Produktion (Schichtarbeit) gearbeitet. Offenbar auf Anraten der Suva hat er diese Tätigkeit aufgegeben und betriebsintern in die Spedition gewechselt (siehe Bericht der Klinik Valens vom 24. Oktober 2007). Demzufolge handelt es sich bei der Tätigkeit als Gruppenleiter Produktion, und nicht bei jener in der Spedition/im Lager, um die angestammte Tätigkeit des Beschwerdeführers. Die Arbeit als Gruppenleiter Produktion hat die Überwachung der Maschinenbedienung, Korrekturen und Fehlerkontrolle beinhaltet (z.B. Kontrolle der Fläschchen auf Sprünge, IV-act. 130-27). Hierbei hat es sich also nicht um eine körperlich schwere Tätigkeit gehandelt. Allerdings ist die Arbeit in der Produktion lärmbelastend gewesen. Wegen seines Tinnitus darf der Beschwerdeführer gemäss der HNO-Gutachterin Dr. N.____ nicht mehr in lärmiger Umgebung arbeiten. Aus somatischer Sicht ist der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit als Gruppenleiter Produktion daher spätestens seit dem Jahr 2003 (Wechsel in die Spedition wegen des Tinnitus) voll arbeitsunfähig. Zu prüfen bleibt, ob es sich bei der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Lagermitarbeiter um eine adaptierte Tätigkeit gehandelt hat. Die Medas-Gutachter haben erklärt, dass die Tätigkeit als Maschinenführer/Lagerist/Staplerfahrer nicht mehr zumutbar sei, weil diese Tätigkeit gemäss dem Beschwerdeführer ebenfalls enorm lärmbelastet sei und man über ein gutes Gehör verfügen müsse. Der Beschwerdeführer hat ja gerade deshalb in die Spedition gewechselt, weil ihm die Lärmbelastung in der Produktion zu gross gewesen ist, weshalb das Argument mit der Lärmbelastung nicht überzeugt. Allerdings ist nachvollziehbar, dass man als Maschinenführer/ Staplerfahrer über ein gutes Gehör verfügen muss. Bei der zuletzt ausgeübten Tätigkeit in der Spedition/im Lager handelt es sich somit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht um eine optimal adaptierte Tätigkeit. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer in einer adaptierten, körperlich leichten bis mittelschweren Hilfsarbeit ohne Lärmbelastung, ohne Arbeiten auf Gerüsten und Leitern und an gefährlichen Maschinen und ohne ausschliesslich im Freien auszuübende Tätigkeiten ab Januar 2009 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit weiterhin zu 100 % arbeitsfähig gewesen ist.

2.4 Zu prüfen bleibt die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht ab Januar 2009. Der psychiatrische Gutachter Dr. P.____ hat als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine mittelgradige depressive Episode ohne somatisches Syndrom,



einen Verdacht auf eine posttraumatische Belastungsstörung und eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren angeben.

2.4.1 Dr. P.____ hat erklärt, dass eine vertiefte Abklärung notwendig gewesen wäre, um die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung definitiv stellen zu können. Er hat dies jedoch nicht für notwendig erachtet, da die Störung eher gering ausgeprägt sei und deshalb kaum einen direkten Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe. Die Diagnose wirke sich vor allem indirekt durch die Depression und die Schmerzen aus. Der langjährige behandelnde Psychiater Dr. C.____ hat keine posttraumatische Belastungsstörung diagnostiziert. Mit Dr. P.____ ist daher davon auszugehen, dass sich die Folgen des traumatisierenden Erlebnisses höchstens indirekt, d.h. über die depressiven Symptome und die Schmerzen, auf die Arbeitsfähigkeit auswirken.

2.4.2 Im Gegensatz zu Dr. P.____ hat Dr. C.____ eine rezidivierende depressive Störung und nicht nur eine depressive Episode diagnostiziert. Mit der Beschwerdegegnerin ist davon auszugehen, dass sich eine depressive Episode von einer depressiven Störung hauptsächlich hinsichtlich ihrer Dauer, nicht aber bezüglich der Schwere der Erkrankung unterscheidet. Im Übrigen hat Dr. P.____ ebenfalls von einer rezidivierenden Depression gesprochen. Dr. P.____ hat erklärt, dass die depressive Symptomatik (naturgemäss) Schwankungen unterworfen sei und den durchschnittlichen Schweregrad auf mittelgradig eingeschätzt. Dr. J.____ hat die Depression im September 2011 als mittelgradig eingestuft, Dr. C.____ im Juni 2012 als mittel- bis schwergradig. In seinem Bericht vom März 2014 hat Dr. C.____ erklärt, dass der Zustand in den letzten Monaten auf mittlerem Niveau einigermaßen stabil gewesen sei. Dr. P.____ und die behandelnden Psychiater sind somit übereinstimmend von einem durchschnittlich mittleren Schweregrad der Depression ausgegangen.

2.4.3 Mit BGE 141 V 281 vom 3. Juni 2015 hat das Bundesgericht seine Praxis zur Beurteilung des Anspruchs auf eine Invalidenrente wegen somatoformer Schmerzstörungen und vergleichbarer psychosomatischer Leiden geändert (vgl. z.B. IV-Rundschreiben Nr. 334). Nach dem alten Verfahrensstandard eingeholte Gutachten haben durch die Praxisänderung nicht per se ihren Beweiswert verloren. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes



Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält. In jedem einzelnen Fall ist zu prüfen, ob die beigezogenen administrativen und/oder gerichtlichen Sachverständigengutachten – gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten – eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht (BGE 141 V 281 E. 8). Nachfolgend ist somit zu prüfen, ob das Medas-Gutachten resp. das Teilgutachten von Dr. P.____ mit Bezug auf die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren eine schlüssige Beurteilung der verbleibenden Arbeitsfähigkeit im Lichte der neuen Rechtsprechung erlaubt.

2.4.4 Das Bundesgericht hat mit BGE 141 V 281 die bisherige Vermutung, dass der versicherten Person eine Willensanstrengung zuzumuten sei, mit welcher die Folgen einer somatoformen Schmerzstörung oder eines vergleichbaren psychosomatischen Leidens überwunden werden könnten, aufgegeben. Neu muss eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung anhand eines Kataloges von Indikatoren des tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens erfolgen. Die Handhabung des Katalogs muss stets den Umständen des Einzelfalls gerecht werden; es handelt sich nicht um eine "abhakbare Checkliste". Die im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren sind:

1. Funktioneller Schweregrad:

- Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome;
- Behandlungserfolg oder -resistenz;
- Komorbiditäten;
- "Persönlichkeit" (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen);
- sozialer Kontext.

2. Konsistenz (Gesichtspunkte des Verhaltens):

- Gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (sozialer Rückzug, Ressourcen);



St.Galler Gerichte

- Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen;
- Verhalten im Rahmen der beruflichen (Selbst-)Eingliederung.

Der Beschwerdeführer hat anlässlich der Begutachtung über Schmerzen im Nacken, im Hinterkopf, über Kopfschmerzen, über Schmerzen in den Fingern, in der rechten Schulter, im Kreuz, im Bauch, in den Fersen und von den Knien an abwärts geklagt. Zudem leide er an einer chronischen Müdigkeit. Trotzdem ist der Beschwerdeführer gemäss seinen eigenen Angaben in der Lage, zwei bis dreimal pro Woche schwimmen zu gehen (IV-act. 130-29), kurze Spaziergänge zu machen und gewisse Haushaltsarbeiten (z.B. staubsaugen) zu erledigen (IV-act. 130-73). Da der Beschwerdeführer seinen Alltag trotz der geklagten Schmerzen und der angegebenen chronischen Müdigkeit recht aktiv gestaltet, ist von einer leichten Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome auszugehen. Dr. H.____ hat im Gutachten vom Dezember 2008 angegeben, dass eine Selbstlimitierung bestehe. Im Medas-Gutachten vom Mai 2013 sind demgegenüber keine Angaben zum Vorliegen einer allfälligen Selbstlimitation gemacht worden. Daraus kann der Schluss gezogen werden, dass eine allfällige Verdeutlichung der Beschwerden oder Selbstlimitation geringfügig ausgeprägt ist und daher kein Ausschlusskriterium ist (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.1.1). Der Beschwerdeführer befindet sich seit Anfang 2008 in regelmässiger psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung. Ein therapieresistenter Zustand hat – zumindest im Verfügungszeitpunkt – jedoch nicht bestanden. Gemäss Dr. P.____ sind die Behandlungsoptionen noch nicht ausgeschöpft. In Bezug auf die Persönlichkeit hat Dr. P.____ keine pathologischen Auffälligkeiten erheben können. Insbesondere hat er keine Hinweise auf das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung gefunden (IV-act. 130-78). Mit der Beschwerdegegnerin ist davon auszugehen, dass die Kooperation und die Eigeninitiative des Beschwerdeführers darauf hindeuten, dass er über gewisse Ressourcen verfügt, die sich positiv auf sein Leistungsvermögen auswirken. Zwar besteht mit der diagnostizierten mittelgradigen depressiven Episode eine psychische Komorbidität. Angesichts der Tatsache, dass die diagnoserelevanten Befunde und Symptome nur leicht ausgeprägt sind, kein therapieresistenter Zustand besteht und auf der Persönlichkeitsebene erhebliche Ressourcen vorhanden sind, ist es dem Beschwerdeführer trotzdem zumutbar, die von ihm empfundenen Schmerzen willentlich zu überwinden und einer Arbeitstätigkeit nachzugehen. Die Schlussfolgerung



von Dr. P.____, dass die Schmerzstörung eine gewisse Einschränkung der Willenskraft zu bewirken vermöge, überzeugt somit vor dem Hintergrund der neuen bundesgerichtlichen Rechtsprechung nicht. Wie nachfolgend aufzuzeigen sein wird, ist dies jedoch im vorliegenden Fall nicht relevant, da bereits aufgrund der depressiven Symptomatik eine 50 %ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit besteht.

2.4.5 Das Bundesgericht hat in seinem Urteil vom 14. Oktober 2016 (9C_530/2016) erwogen, dass leichte bis mittelgradige depressive Störungen rezidivierender oder episodischer Natur praxisgemäss einzig dann als invalidisierende Krankheiten in Betracht fielen, wenn sie erwiesenermassen therapieresistent seien. Nur in dieser – seltenen, da nach gesicherter psychiatrischer Erfahrung Depressionen im Allgemeinen therapeutisch gut angebar seien – gesetzlich verlangten Konstellation sei den normativen Anforderungen des Art. 7 Abs. 2 zweiter Satz ATSG Genüge getan. Zudem müsse die Therapie in dem Sinne konsequent gewesen sein, als die aus fachärztlicher Sicht indizierten zumutbaren Behandlungsmöglichkeiten in kooperativer Weise optimal und nachhaltig ausgeschöpft worden seien (Erw. 6.3). Diese Rechtsprechung ist nicht gesetzeskonform. Gemäss Art. 8 Abs. 1 ATSG ist Invalidität nämlich nicht nur die voraussichtlich bleibende Erwerbsunfähigkeit, sondern auch die längere Zeit dauernde Erwerbsunfähigkeit. Würde der bundesgerichtlichen Rechtsprechung gefolgt, könnte eine Invalidität wegen einer leichten oder mittelgradigen depressiven Episode/Störung nur vorliegen, wenn die Erwerbsunfähigkeit bleibend wäre. Diese Interpretation widerspricht dem klaren Wortlaut und dem Sinn und Zweck von Art. 8 Abs. 1 ATSG. Eine weitere Schwäche dieser bundesgerichtlichen Rechtsprechung besteht darin, dass sie nicht zu erklären vermag, weshalb sie nur die depressiven Leiden und nicht alle anderen – therapierbaren Leiden – betrifft. Der zitierten bundesgerichtlichen Rechtsprechung kann auch aus einem dritten Grund nicht gefolgt werden: Aus früheren Entscheiden (siehe etwa Urteil des Bundesgerichts vom 7. Februar 2012, 9C_736/2011 E. 4.2.2.1) ist ersichtlich, dass sich die Aussage des Bundesgerichts, dass leichte bis höchstens mittelschwere psychische Störungen grundsätzlich als therapeutisch gut angebar gälten, auf HABERMEYER/VENZLAFF, Affektive Störungen, in: Foerster/Dressing (Hrsg.), Psychiatrische Begutachtung, 5. Auflage, München 2009, S. 193, stützt. Zwar ist unbestritten, dass depressive Störungen grundsätzlich behandelbar sind. Dieses Wissen beruht allerdings auf Studienergebnissen, d.h. auf Gruppenergebnissen. Ob eine Störung im Einzelfall behandelbar ist, wie gut sich die



Symptomatik zurückbildet und wie leistungsfähig eine Person wieder werden kann, bedarf einer individuellen Prüfung (ULRIKE HOFFMANN-RICHTER, Psychische Beeinträchtigungen in der Rechtsprechung: Ein Blick aus psychiatrischer Sicht, in: Ueli Kieser (Hrsg.), Sozialversicherungsrechtstagung 2015, S. 78). Gemäss U. HOFFMANN-RICHTER scheine die Pharmakotherapie gemäss den jüngsten Studienergebnissen nur bei ca. 1/3 der Patienten die erwartete Wirkung zu zeigen. Zusätzliche Effekte seien durch eine Psychotherapie erreichbar, aber auch diese wirke nicht in jedem Fall. An der Prüfung im Einzelfall führe kein Weg vorbei (U. HOFFMANN-RICHTER, a.a.O., S. 78). Nach HABERMEYER/VENZLAFF haben depressive Störungsbilder über Jahre hinweg Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit. Etwa 70 % aller depressiven Erkrankungen verliefen monopolar-depressiv, d.h. es komme zum rezidivierenden Auftreten depressiver Krankheitsphasen. Die rezidivierenden depressiven Störungen seien nach aktuellen Verlaufsstudien mit einer nicht unerheblichen Tendenz zur Chronifizierung bzw. zur Ausbildung von Defekten verbunden. Ein Drittel der Fälle zeige lediglich partielle Besserungen, in 55-65 % der Fälle komme es zu Rezidiven, etwa 10 % chronifizierten (HABERMEYER/ VENZLAFF, a.a.O., S 190 mit Verweis auf Berger und v. Calker 2003). Gemäss HABERMEYER/VENZLAFF sprechen nicht mehr als 50-60 % der Patienten mit rezidivierenden depressiven Störungen auf eine antidepressive Pharmakotherapie oder auf eine störungsspezifische Psychotherapie an. Die Raten der Vollremission seien noch geringer. Hinsichtlich der Rückfallrate ein Jahr nach Therapiebeendigung fänden sich in einer Metaanalyse Angaben von bis zu 60 % nach antidepressiver Medikation (HABERMEYER/ VENZLAFF, a.a.O., S 193 mit Verweis auf Gloaguen et al. 1998). Die Wirksamkeit therapeutischer Behandlungsbemühungen ist bei depressiven Störungsbildern somit äusserst beschränkt. Die pauschale Schlussfolgerung des Bundesgerichts, wonach leichte bis mittelgradige depressive Störungen rezidivierender oder episodischer Natur nur dann invalidisierend seien, wenn sie therapieresistent seien, ist also bereits deshalb unhaltbar, weil die Therapie in vielen Fällen nicht, nur unzureichend oder nicht längerfristig anspricht. Vor diesem Hintergrund ist nicht nachvollziehbar, weshalb das Bundesgericht davon ausgeht, es sei eine gesicherte medizinische Erfahrungstatsache, dass Personen, die an einer leichten bis mittelgradigen Depression leiden, in der Regel zumindest soweit geheilt werden können, dass die Depression keinen wesentlichen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit mehr hat. Beim Beschwerdeführer besteht insoweit kein



therapieresistenter Zustand, als gemäss Dr. P.____ die Behandlungsoptionen noch nicht ausgeschöpft sind. Namentlich schlägt er eine Systemtherapie und eine traumaspezifische und lösungsorientierte Psychotherapie vor. Der Gutachter hat allerdings auch erklärt, dass die bisherige Psychotherapie lege artis durchgeführt worden sei und die Compliance des Beschwerdeführers, soweit beurteilbar, gut gewesen sei (IV-act. 130-80). Dass der psychiatrische Gutachter keine Therapieresistenz festgestellt hat, bedeutet nicht, dass er davon ausgegangen wäre, dass sich die Arbeitsfähigkeit unter den vorgeschlagenen Therapien verbessern würde. Vielmehr sind die Gutachter ausdrücklich davon ausgegangen, dass die Arbeitsfähigkeit durch die vorgeschlagenen medizinischen Massnahmen mittelfristig wahrscheinlich nicht verbessert, sondern lediglich auf dem von ihnen attestierten Niveau stabilisiert werden könne (IV-act. 130-39). Auch vor diesem Hintergrund spricht die Tatsache, dass (noch) keine Therapieresistenz vorliegt, im vorliegenden Fall nicht gegen eine invalidisierende Wirkung der mittelgradigen depressiven Episode.

2.4.6 Die Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht hat Dr. P.____ in jeglicher Tätigkeit auf 50 % geschätzt. Begründet hat er diese Einschränkung mit einer Beeinträchtigung des Antriebs, der Ausdauer, der Konzentrationsfähigkeit, des Selbstvertrauens, des Arbeitstempos und der Kontakt- und Verkehrsfähigkeit. Zudem erschwere der schlechte Schlaf die Regeneration und führe tagsüber zu einer vermehrten Müdigkeit. Hierbei handelt es sich um depressionstypische Einschränkungen. Demzufolge ist davon auszugehen, dass Dr. P.____ hauptsächlich die depressionsbedingten Einschränkungen in seiner Arbeitsfähigkeitsschätzung berücksichtigt hat. Die gutachterliche Arbeitsfähigkeitsschätzung in quantitativer Hinsicht wird zudem vom behandelnden Psychiater Dr. C.____, der lediglich eine Depression und keine somatoforme Störung diagnostiziert hat, gestützt. Eine divergierende psychiatrische Einschätzung liegt nicht im Recht. Angesichts der vom psychiatrischen Gutachter Dr. P.____ umschriebenen Schwere der depressiven Symptomatik muss davon ausgegangen werden, dass der Beschwerdeführer auch in einer körperlich adaptierten Hilfsarbeit in seiner Leistungsfähigkeit erheblich eingeschränkt wäre, d.h. dass er nicht in der Lage wäre, die Arbeitsleistung zu erbringen, die ein gesunder Hilfsarbeiter erbringen könnte. Der Beschwerdeführer ist somit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zumindest seit dem



Begutachtungszeitpunkt (Februar/März 2013) aus psychiatrischer Sicht in jeglicher Tätigkeit zu 50 % arbeitsunfähig.

2.4.7 Zu prüfen bleibt, wann die Verschlechterung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht eingetreten ist. Dr. P. ___ ist davon ausgegangen, dass seine Einschätzung seit etwa Juni 2012 gelte. Aufgrund der Akten und der Anamnese könne retrospektiv keine genaue Aussage gemacht werden, ob und wann sich der Gesundheitszustand und damit die Arbeitsfähigkeit verändert habe. Dr. C. ___ hat in seinem Bericht vom 24. Mai 2016 zuhanden des Gerichts erklärt, dass seit Ende Februar 2008 von einer 50 %igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen sei. Wie in Erw. 2.2 ausgeführt, überzeugt diese Einschätzung nicht, da Dr. C. ___ im März 2008 noch erklärt hatte, dass die Depression remittiert sei und da med. pract. I. ___ im September/Dezember 2008 keine Depression hatte diagnostizieren können. Dr. C. ___ hat in seinem Bericht vom 17. März 2014 erklärt, dass im Jahr 2009 eine Verschlechterung des Zustandes eingetreten sei, als der Beschwerdeführer begonnen habe, sich mit dem traumatischen Kindheitsereignis auseinanderzusetzen. Allerdings existiert kein Arztbericht, der diese Einschätzung bestätigen würde. Die Klinik R. ___, in der sich der Beschwerdeführer vom 20. April bis 2. Mai 2009 einer stationären psychosomatischen Rehabilitation unterzogen hat, hat in ihrem Bericht vom 25. Juni 2009 (IV-act. 109-6 ff.) angegeben, dass der Beschwerdeführer beim Eintritt im Affekt leicht deprimiert und hoffnungslos, jammernd, jedoch modulations- und schwingungsfähig gewesen sei. In Antrieb und Psychomotorik sei er eher etwas reduziert mit theatralisch wirkender Symptompräsentation gewesen. Die depressive Symptomatik ist zum damaligen Zeitpunkt also noch nicht ausgeprägt gewesen (im Bericht war auch keine Depression diagnostiziert worden) und hat deshalb keine 50 %ige Arbeitsunfähigkeit zu begründen vermocht. Bis am 29. Februar 2012 hat sich der Beschwerdeführer bei Dr. J. ___ in Behandlung befunden. Dr. J. ___ hat sich trotz fünfjähriger Behandlungszeit nicht in der Lage gesehen, eine Arbeitsfähigkeitsschätzung abzugeben (siehe IV-act. 110). Als Diagnose hat sie eine anhaltende ängstlich-depressive Störung (F38.8) angegeben. Bei dieser sonstigen, nicht näher bezeichneten affektiven Störung handelt es sich um eine Restkategorie für Stimmungsstörungen, die die Kriterien der Kategorien F30-F34 in Bezug auf die Ausprägung und die Dauer nicht erfüllen. Die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung wurde erstmals von Dr. C. ___ in seinem Bericht vom Juni 2012 genannt. Darin hatte er angegeben, dass sich der Gesundheitszustand



des Beschwerdeführers verschlechtert habe. Die Arbeitsunfähigkeit hatte er auf 50 % geschätzt. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass eine 50 %ige Arbeitsunfähigkeit erst ab Juni 2012 belegt ist. Für die Zeit davor muss aufgrund des Mangels an Beweisen von einer 100 %igen Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht ausgegangen werden, denn der Beschwerdeführer hat die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen. Mit dem psychiatrischen Gutachter Dr. P.____ ist daher davon auszugehen, dass seine Einschätzung ab Juni 2012 gilt. Der Beschwerdeführer ist somit aus psychiatrischer Sicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit seit Juni 2012 zu 50 % arbeitsunfähig. Eine medizinische Neubegutachtung ist nach dem Gesagten nicht erforderlich.

2.5 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer seit dem Jahr 2003 in seiner angestammten Tätigkeit als Gruppenleiter Produktion und seit dem Jahr 2007 in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Mitarbeiter in der Spedition/im Lager mit überwiegender Wahrscheinlichkeit voll arbeitsunfähig ist. In einer adaptierten Tätigkeit ist seit Juni 2012 von einer psychisch bedingten, 50 %igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen.

3.

3.1 Somit bleibt der von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Einkommensvergleich zu überprüfen. Der Beschwerdeführer hat bis ins Jahr 2003 als Gruppenleiter Produktion gearbeitet. Er hat diese Tätigkeit aus gesundheitlichen Gründen aufgegeben. Bei der Tätigkeit als Gruppenleiter Produktion handelt es sich somit um die Validenkarriere. Gemäss seiner ehemaligen Arbeitgeberin hätte der Beschwerdeführer als Gruppenleiter im Jahr 2012 einen Monatslohn von brutto Fr. 4'850.-- (zzgl. 13. Monatslohn und Fr. 1'000.-- 4-Schichtzulage/Fr. 500.-- 3-Schichtzulage) erzielt. Ohne gesundheitliche Einschränkungen hätte er immer im Vierschichtbetrieb arbeiten können. Zuzüglich Fr. 1'000.-- Schichtzulage pro Monat (12 x Fr. 1'000.--) beträgt das Valideneinkommen für das Jahr 2012 Fr. 75'050.--. ([13 x Fr. 4'850.--] + [12 x Fr. 1'000.--]). Der Beschwerdeführer ist auch in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit in der Spedition nicht mehr arbeitsfähig. Das Invalideneinkommen ist daher ausgehend von Tabellenlöhnen zu ermitteln. Gemäss der Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik hat der Durchschnittslohn eines Hilfsarbeiters im Jahr 2012, aufgerechnet auf die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41.7 Stunden, Fr.



65'177.-- betragen (siehe Anhang 2 der IVG-Ausgabe der Informationsstelle AHV/IV, Ausgabe 2015). Ohne Tabellenlohnabzug hätte das Invalideneinkommen ab dem Eintritt der psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeit von 50 %, d.h. ab Juni 2012, somit Fr. 32'588.-- betragen. Zu prüfen bleibt, ob von diesem Tabellenlohn ein Abzug vorzunehmen ist. Beim Tabellenlohn handelt es sich um einen statistischen Durchschnittswert. Basis für den Tabellenlohn eines Hilfsarbeiters bilden die in dieser Branche tatsächlich bezahlten Löhne. Die Höhe der tatsächlich bezahlten Löhne hängt von unterschiedlichen betriebswirtschaftlichen bzw. ökonomischen Faktoren ab. Diese Faktoren müssen daher auch bei der Ermittlung des Invalideneinkommens berücksichtigt werden, sofern dafür Tabellenlöhne herangezogen werden. Aufgabe der medizinischen Sachverständigen ist es, die zumutbare Arbeitsleistung aus medizinischer Sicht festzustellen. In der Arbeitsfähigkeitsschätzung werden also nur die direkten Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigungen für die Erwerbsmöglichkeiten berücksichtigt. Denn die medizinischen Sachverständigen verfügen offensichtlich nicht über das Fachwissen, um auch die indirekten, d.h. die ökonomisch-betriebswirtschaftlichen Folgen der Gesundheitsbeeinträchtigung auf die Einkommenshöhe abschätzen zu können. Bei der Ermittlung des Invalideneinkommens sind daher einerseits indirekte krankheitsbedingte Nachteile, andererseits jedoch auch qualifizierende Eigenschaften der versicherten Person, die sich auf die Lohnhöhe auswirken, zu berücksichtigen (vgl. Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St Gallen vom 8. Dezember 2015, IV 2013/118 E. 3.3). Der Beschwerdeführer leidet an einer rezidivierenden depressiven Störung. Eine solche zeichnet sich durch wiederholte depressive Episoden aus (siehe ICD-10: F33). Der Schweregrad der Depression ist in der Regel schwankend, d.h. es kann immer wieder zu Exazerbationen kommen, während denen mit Arbeitsausfällen zu rechnen ist. Zwar sind die wegen der Depression bedingten Arbeitsausfälle an sich in der medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeitsschätzung berücksichtigt. Nicht berücksichtigt ist jedoch die Tatsache, dass der Beschwerdeführer für einen Arbeitgeber wegen des durch die Depression bedingten erhöhten Ausfallsrisikos ein höheres Kostenrisiko als eine gesunde Person darstellt. In der medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeitsschätzung auch nicht berücksichtigt ist, dass der Einsatz des Beschwerdeführers wegen den depressionstypischen Schwankungen seiner Arbeitsleistung für einen Arbeitgeber weniger planbar ist als der Einsatz eines gesunden Arbeitnehmers. Ein potentieller



Arbeitgeber wird diesen erhöhten Risiken, die aus betriebswirtschaftlicher bzw. ökonomischer Sicht als zusätzliche, bei einem gesunden Arbeitnehmer mit demselben Beschäftigungsgrad von 50 % nicht auftretende Unkosten zu qualifizieren sind, dadurch Rechnung tragen, dass er den Beschwerdeführer nur zu einem deutlich unterdurchschnittlichen Lohn einstellt. Lohnerhöhend wirkt sich im vorliegenden Fall aus, dass der Beschwerdeführer über langjährige Berufserfahrung als Hilfsarbeiter respektive sogar als Gruppenleiter verfügt. Unter Abwägung dieser Vor- und Nachteile im Vergleich zu einem gesunden, durchschnittlichen Hilfsarbeiter rechtfertigt sich im vorliegenden Fall ein Tabellenlohnabzug von 10 %. Bei einem Valideneinkommen von Fr. 75'050.-- und einem Invalideneinkommen von Fr. 29'329.-- resultiert ein IV-Grad von aufgerundet 61 %.

3.2 Schliesslich ist noch zu klären, wann das Wartejahr zu laufen begonnen hat. Der Beschwerdeführer ist spätestens seit dem Jahr 2003 in seiner angestammten Tätigkeit als Gruppenleiter Produktion voll arbeitsunfähig. Seit dem Jahr 2007 besteht auch in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Lagermitarbeiter eine 100 %ige Arbeitsunfähigkeit. Der Beschwerdeführer hat als Gruppenleiter Produktion ein relativ hohes Einkommen erzielt. Da es sich bei dieser Tätigkeit dennoch um eine (qualifizierte) Hilfsarbeit gehandelt hat, ist es ihm zumutbar gewesen, nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit als Gruppenleiter Produktion eine weniger gut bezahlte, adaptierte Hilfsarbeit auszuüben. Dies hat der Beschwerdeführer mit dem Wechsel in die Spedition auch getan. Ebenso wäre es dem Beschwerdeführer nach dem Eintritt der Arbeitsunfähigkeit in der Tätigkeit in der Spedition im Jahr 2007 zumutbar gewesen, eine körperlich adaptierte Hilfsarbeit anzunehmen. Der Beginn des Wartejahres ist daher anhand der Arbeitsfähigkeit in einer optimal adaptierten Tätigkeit festzulegen. Diese hat bis und mit Mai 2012 100 % betragen. Das Wartejahr wird erst bei einem Arbeitsunfähigkeitsgrad von 20 % eröffnet (AHI 1998 S. 124 E. 3c; Urteile des Bundesgerichts vom 21. Oktober 2013, 8C_174/2013 und 8C_178/2013 E. 3.2). Da der Lohn des Beschwerdeführers als Gruppenleiter Produktion höher gewesen ist als der Durchschnittslohn eines Hilfsarbeiters, wäre es möglich, dass bereits vor Juni 2012 eine Erwerbseinbusse von 20 % oder mehr bestanden hätte. Würde einzig auf die medizinische Arbeitsfähigkeitsschätzung abgestellt, könnte das Wartejahr trotz einer erheblichen Erwerbseinbusse von 20 % oder mehr nicht zu laufen begonnen haben, was stossend wäre. Deshalb drängt sich auf, für die den Lauf des "Wartejahres" bewirkende



Arbeitsunfähigkeit auf einen erwerblichen und nicht nur auf einen medizinisch-funktionalen Arbeitsunfähigkeitsbegriff abzustellen. Nach dem entsprechenden erwerblichen Arbeitsunfähigkeitsbegriff ist nicht die rein medizinisch ermittelte funktionale Einschränkung, sondern der durch diese funktionale Einschränkung bewirkte erwerbliche Nachteil massgebend (vgl. FRANZ SCHLAURI, Erwerblich-praktische Vorgaben an eine medizinische Arbeitsunfähigkeitsschätzung, in: René Schaffhauser/Franz Schläuri [Hrsg.], Rechtsfragen der Eingliederung Behinderter, S. 171; vgl. Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 3. Oktober 2007, IV 2006/134 E. 4a). Die erwerbliche Arbeitsunfähigkeit ist anhand eines vorläufigen Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dem vorläufigen Invalideneinkommen ist nach dem Gesagten nicht die Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit, sondern die Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit zugrunde zu legen. Ein Hilfsarbeiter hat im Jahr 2011, ausgehend von der betriebsüblichen wöchentlichen Arbeitszeit von 41.7 Stunden, durchschnittlich Fr. 61'910.-- verdient (siehe Anhang 2 der IVG-Ausgabe der Informationsstelle AHV/IV, Ausgabe 2015). Wird zugunsten des Beschwerdeführers davon ausgegangen, dass er im Jahr 2011 als Gruppenleiter Produktion den gleichen Lohn hätte erzielen können wie im Jahr 2012, d.h. Fr. 75'050.--, resultiert für das Jahr 2011 ein vorläufiger erwerblicher Arbeitsunfähigkeitsgrad von aufgerundet 18 %. Ein erwerblicher Arbeitsunfähigkeitsgrad von 18 % reicht nicht aus, um den Beginn des Wartejahres auszulösen. Das Wartejahr hat also erst mit dem Eintritt der psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeit im Juni 2012 zu laufen begonnen und ist folglich Ende Mai 2013 abgelaufen. Bei einem IV-Grad von 61 % hat der Beschwerdeführer rückwirkend ab dem 1. Juni 2013 Anspruch auf eine Dreiviertelsrente.

3.3 Demnach ist die angefochtene Verfügung in Gutheissung der Beschwerde aufzuheben und dem Beschwerdeführer ist mit Wirkung ab 1. Juni 2013 eine Dreiviertelsrente zuzusprechen. Die Sache ist zur Festsetzung der Rentenhöhe sowie zur Ausrichtung der geschuldeten Leistungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

4.



St.Galler Gerichte

4.1 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Diese ist um die Kosten für die Einholung des Berichts bei Dr. C.____ vom 21. Juni 2016 (act. G 35) im Umfang von Fr. 80.-- zu erhöhen. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend sind die Gerichtskosten in der Höhe von Fr. 680.-- vollumfänglich der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

4.2 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Die Parteientschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b HonO (sGS 963.75) pauschal Fr. 1'000.-- bis Fr. 12'000.--. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat keine Honorarnote eingereicht. In einem Fall mit mittlerem Aufwand und Schwierigkeitsgrad wird praxisgemäss eine Pauschalentschädigung von Fr. 3'500.-- ausgerichtet. Die Beschwerdegegnerin hat den Beschwerdeführer entsprechend mit Fr. 3'500.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen.

Entscheid

1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 16. September 2013 aufgehoben und dem Beschwerdeführer mit Wirkung ab 1. Juni 2013 eine Dreiviertelsrente zugesprochen; die Sache wird zur Festsetzung der Rentenhöhe sowie zur Ausrichtung der geschuldeten Leistungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.

2.

Die Beschwerdegegnerin hat die Gerichtskosten von Fr. 680.-- zu bezahlen.

3.



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