



Fall-Nr.: IV 2014/270
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 18.09.2019
Entscheiddatum: 22.02.2018

Entscheid Versicherungsgericht, 22.02.2018

**Art. 28 IVG. Rentenanspruch. Beweiswürdigung Gerichtsgutachten.
Anspruch auf Dreiviertelsrente (Entscheid des Versicherungsgerichts des
Kantons St. Gallen vom 22. Februar 2018, IV 2014/270). Entscheid vom 22.
Februar 2018**

Besetzung

Präsident Joachim Huber, Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider und a.o.
Versicherungsrichterin Lisbeth Mattle Frei;

Gerichtsschreiberin Katja Meili

Geschäftsnr.

IV 2014/270

Parteien

A.____,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Leo Sigg, c/o Procap Schweiz, Frohburgstrasse
4, Postfach, 4601 Olten 1 Fächer,

gegen

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



Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

Rente (Einkommensvergleich)

Sachverhalt

A.

A.a A.____ meldete sich am 17. Juli 2009 erstmals zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (IV-act. 5). Die behandelnden Ärzte des Kantonsspitals St. Gallen (KSSG), wo er sich vom 14. Juni bis 1. Juli 2009 stationär befunden hatte, hatten mit Bericht vom 3. Juli 2009 eine akute ödematöse, exsudative Pankreatitis, ein Chylomicronen-Syndrom, eine teilthrombotisierte Vena lienalis, einen Diabetes mellitus, eine Steatosis hepatis, eine arterielle Hypertonie, einen Status nach Urolithiasis 2006 und einen regelmässigen C2-Konsum diagnostiziert (IV-act. 64-1 ff., vgl. auch Diagnosen von Dr. med. B.____, Allgemeinarzt und FMH Chirurgie, in IV-act. 9). Bei weiteren Hospitalisationen im KSSG im November 2009 stellten die behandelnden Ärzte unter anderem eine Ureterolithiasis rechts und eine Nephrolithiasis beidseits fest. Sie legten einen Doppel-J-Katheter ein und führten eine flexible Ureterorenoskopie rechts mit Steinextraktion durch (Berichte vom 16. November und 3. Dezember 2009; IV-act. 29-8 f., 26-6 f., vgl. IV-act. 57-25 f.).

A.b Am 27. November 2009 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, aufgrund seines Gesundheitszustandes seien zurzeit keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen möglich. Der Anspruch auf eine Rentenleistung werde mit der Einleitung weiterer Abklärungen geprüft (IV-act. 24).

A.c Dr. med. C.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Klinik D.____, diagnostizierte in seinem Bericht vom 22. März 2010 eine Anpassungsstörung mit Angst und Depression gemischt (ICD-10: F43.23) (IV-act. 57-18 f.). Aufgrund unklarer abdomineller Schmerzen nach Mischintoxikation (Bier, Kokain, Marihuana) befand sich der Versicherte vom 16. bis 27. Mai 2010 stationär im Kantonsspital St. Gallen (KSSG). Die dort behandelnden Ärzte listeten in ihrem Bericht vom 1. Juni 2010 als



St.Galler Gerichte

Hauptdiagnosen eine chronische Pankreatitis, eine Laktoseintoleranz, eine erosive peripylorische Antrumgastritis, einen Vitamin D3 Mangel, eine Dyslipidämie, eine unklare CK-Erhöhung, einen Diabetes mellitus Typ 2 und eine arterielle Hypertonie auf. Es bestehe ein Verdacht auf eine Polytoxikomanie sowie eine Alkoholkrankheit (IV-act. 38). Vom 5. bis 10. Mai 2011 wurde der Versicherte erneut stationär im KSSG behandelt, wobei neu unter anderem eine Cholezystitis und eine MRSA-Besiedlung nach Spitalaufenthalt in E.____ festgestellt wurden (Bericht vom 17. Mai 2011; IV-act. 57-6 ff.). Dr. B.____ attestierte dem Versicherten mit Bericht vom 22. Juli 2011 seit 11. Mai 2009 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für jegliche Tätigkeiten (IV-act. 57-1 ff.). Vom 27. Juli bis 5. August 2011 war der Versicherte wegen Oberbauchschmerzen und Fettstühlen erneut im KSSG hospitalisiert (vgl. IV-act. 64-6 ff.). Am 28. September 2011 unterzog sich der Versicherte im KSSG einer laparoskopischen Cholezystektomie (IV-act. 64-13 ff.).

A.d Im Auftrag der IV-Stelle (vgl. IV-act. 59) wurde der Versicherte im November und Dezember 2011 durch Ärzte der SMAB AG (Innere Medizin, Gastroenterologie, Psychiatrie) polydisziplinär abgeklärt. In ihrem Gutachten vom 8. Februar 2012 listeten diese als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine schwere depressive Episode (ICD-10: F32.2), eine Benzodiazepinabhängigkeit (ICD-10: F13.24), einen Status nach zweimaliger nekrotisierender Pankreatitis mit Pankreas Pseudozyste im Rahmen eines Chylomicronen-Syndroms bei Hyperlipidämie sowie eine endokrine und exokrine Pankreasinsuffizienz mit insulinpflichtigem Diabetes mellitus Typ 2 auf. Sie beurteilten, für die bisherige Tätigkeit als Giessereiarbeiter sei der Versicherte bleibend zu 100% arbeitsunfähig. Für eine adaptierte Tätigkeit bestehe seit Mai 2009 ebenfalls eine Arbeitsunfähigkeit von 100%, nach einer stationären Entzugs- und Depressionsbehandlung rechneten sie vorerst mit einer 50%igen, danach mit einer ca. 80%igen Arbeitsfähigkeit (IV-act. 63-20 ff.).

A.e Vom 1. Februar bis 2. März 2012 befand sich der Versicherte zwecks Benzodiazepin- und Tramal-Entzug stationär in der Psychiatrischen Klinik F.____. Die dort behandelnden Ärzte erhoben als klinisch-psychiatrische Diagnosen eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.11), eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.11), Störungen durch Sedative oder Hypnotika, gegenwärtig abstinent, aber in beschützender Umgebung (ICD-10: F13.21), und



St.Galler Gerichte

Störungen durch Opioiden (Tramal), mit gegenwärtig ärztlich kontrollierter Abgabe (ICD-10: F11.22). Zudem erwähnten sie eine nach generalisiertem Krampfanfall im Rahmen eines Benzodiazepinentzugs im Dezember 2011 aufgetretene Brustwirbelkörper (BWK) 12 Fraktur. Bezüglich des Tramal-Konsums sei aufgrund weiterhin bestehender Rückenschmerzen nur ein Teilentzug durchgeführt worden. Wenn es dem Versicherten gelinge, auf alternative Bewältigungsstrategien anstatt des maladaptiven Konsums von Benzodiazepinen und Opiaten zurückzugreifen, könne bestenfalls von einer Arbeitsfähigkeit von 50% ausgegangen werden (IV-act. 92-13 ff., vgl. IV-act. 70).

A.f Im Auftrag der IV-Stelle (IV-act. 72, 81) wurde der Versicherte am 22. November 2012 durch Dr. med. G.____, Facharzt für Psychiatrie und Neurologie, SMAB AG, untersucht. Im Folgegutachten vom 11. Dezember 2012 listete dieser als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F33.1), ein Abhängigkeitssyndrom von Alkohol (gegenwärtig abstinent, ICD-10: F10.2), ein Abhängigkeitssyndrom von Sedativa und Hypnotika (gegenwärtig abstinent, ICD-10: F13.2), ein Abhängigkeitssyndrom von Opioiden (gegenwärtig ärztlich kontrollierte Abgabe, ICD-10: F11.22), einen Zustand nach zweimaliger nekrotisierender Pankreatitis, eine endokrine und exokrine Pankreasinsuffizienz mit insulinpflichtigem Diabetes mellitus Typ 2 sowie ein cerebrales Anfallsleiden, am ehesten im Rahmen von Entzugerscheinungen bei den genannten Abhängigkeitssyndromen, fest. Er erachtete den Versicherten weiterhin als zu 0% arbeitsfähig, wobei mittelfristig (nach Ablauf von einem Jahr) die Aufnahme einer adaptierten Tätigkeit bei einer Präsenz von 50% denkbar sei (IV-act. 84).

A.g RAD-Arzt Dr. med. H.____, Facharzt für Innere Medizin, befand in seiner Stellungnahme vom 25. Januar 2013, es bestünden diverse offene Fragen, die sich anhand der gutachterlichen Ermittlungen nicht beantworten liessen. Seines Erachtens könne auf das erste psychiatrische Gutachten der SMAB AG nicht abgestellt werden (IV-act. 85). Nach einer Rückfrage der IV-Stelle bei SMAB-Gutachter Dr. G.____ (vgl. IV-act. 103 f.) und Diskussion innerhalb des RAD ging RAD-Arzt Dr. H.____ in seiner Stellungnahme vom 21. Oktober 2013 mit Verweis auf die Beurteilung der Psychiatrischen Klinik F.____ vom 2. März 2012 (vgl. IV-act. 92-13 ff.) in angepassten



Tätigkeiten bis Februar 2012 von einer 100%igen und ab März 2012 von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit aus (IV-act. 105).

A.h Mit Vorbescheid vom 20. Februar 2014 stellte die IV-Stelle dem Versicherten die Abweisung des Rentenbegehrens in Aussicht. Sie begründete, die Abklärungen hätten ergeben, dass aufgrund seiner psychischen Einschränkungen ab März 2012 eine 50%ige Arbeitsfähigkeit ausgewiesen sei. Da es sich bei der depressiven Erkrankung um eine Reaktion auf ein somatisches Leiden (Arbeitsfähigkeit 80%) handle und diese durch psychosoziale und soziokulturelle Faktoren aufrechterhalten werde, kämen den psychiatrischen Einschränkungen keine invalidisierende Wirkung zu. Der nicht rentenbegründende Invaliditätsgrad betrage 16% (IV-act. 112-5 ff.). Dagegen erhob der Versicherte am 27. März 2014 Einwand (IV-act. 112-1 ff.). Am 10. April 2014 verfügte die IV-Stelle entsprechend dem Vorbescheid (IV-act. 114).

B.

B.a Gegen die Verfügung vom 10. April 2014 richtet sich die vorliegende Beschwerde vom 21. Mai 2014. Der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer) beantragte darin deren Aufhebung sowie die Zusprache einer ganzen Invalidenrente mit Wirkung ab dem 1. Mai 2010. Weiter sei dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Prozessführung und -verbeiständung zu gewähren; unter Kosten- und Entschädigungsfolge. Er machte geltend, er verfüge über eine gutachterlich bescheinigte Arbeitsfähigkeit von 0% in jeglicher Tätigkeit. Er leide an einer schweren affektiven Störung mit dauerhaftem Charakter, die ein selbständiges Leiden im Sinne einer psychischen Komorbidität – und nicht eine reaktive Begleiterscheinung – darstelle. Das komplexe Erkrankungsmuster beeinträchtige in hohem Masse die Arbeitsfähigkeit, während psychosoziale und soziokulturelle Faktoren nur eine untergeordnete Rolle spielten (act. G1).

B.b In ihrer Beschwerdeantwort vom 8. Juli 2014 beantragte die IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) die Abweisung der Beschwerde. Sie brachte vor, die festgestellten emotionalen und psychosozialen Belastungen vermöchten medizinisch zwar die Diagnose einer mittelschweren Depression zu begründen, führten jedoch nicht zu einer Invalidität, da sich die invaliditätsfremden Elemente nicht klar vom medizinischen Leiden selbst trennen liessen. Es sei daher gestützt auf die



St.Galler Gerichte

gutachterliche Einschätzung im ersten SMAB-Gutachten von einer mindestens 80%igen Arbeitsfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten auszugehen. Nach Parallelisierung des Valideneinkommens ergebe sich ein nicht rentenbegründender Invaliditätsgrad von 16% (act. G5).

B.c Am 10. Juli 2014 entsprach die Verfahrensleitung dem Gesuch um Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege (act. G6).

B.d Mit Replik vom 19. August 2014 hielt der Beschwerdeführer an seinen Anträgen fest. Er führt aus, die Aussage der Beschwerdegegnerin, wonach sich invaliditätsfremde Elemente nicht klar vom medizinischen Leiden selbst trennen liessen und daher keine psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeit vorliege, entspreche nicht der Rechtsprechung (act. G8).

B.e Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf das Einreichen einer Duplik (act. G10).

B.f Nach Gewährung des rechtlichen Gehörs (vgl. act. G12; die Parteien erhoben keine Einwände gegen die in Aussicht gestellte Begutachtung, vgl. act. G13) beauftragte das Versicherungsgericht die MEDAS Zentralschweiz mit einer polydisziplinären Begutachtung (act. G14). Der Beschwerdeführer wurde im April und Mai 2017 polydisziplinär (Innere Medizin, Gastroenterologie, Psychiatrie) in der MEDAS Zentralschweiz untersucht. Im Gerichtsgutachten vom 21. November 2017 führten die Experten als Diagnosen mit wesentlicher Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit Residuen nach nekrotisierender Pankreatitis 09/2008 sowie nach ödematöser Rezidiv-Pankreatitis 05/2009, eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41), eine chronische depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F32.11) bei komplizierter protrahierter Trauerreaktion (ICD-10: F38.8), eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1) sowie unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) von verschiedenen Medikamenten bei Verdacht auf Arzneimittelinteraktion (ICD-10: Y57.1) auf. Sie erachteten den Versicherten in der angestammten Tätigkeit seit 5. Mai 2009 als zu 100%, in einer adaptierten Tätigkeit seit der IV-Anmeldung vom 17. Juli 2009 als zu 60% arbeitsunfähig (act. G17).



St.Galler Gerichte

B.g Aufgrund therapieresistenter Lumboischialgien hatte der Beschwerdeführer sich am 28. November 2016 einer bilateralen Mikrodiskektomie L5/S1 und am 10. Juli 2017 einer mikrochirurgischen Redekompression L5/S1 von links mit Remikrodiskektomie TLIF Cage-Einlage sowie einer dorsolateralen Spondylodese L5/S1 unterziehen müssen (act. G13.1, G16.1).

B.h Der Beschwerdeführer machte mit Eingabe vom 14. Dezember 2017 geltend, auf das Gutachten der MEDAS Zentralschweiz könne vollumfänglich abgestellt werden und verzichtete auf eine weitere Stellungnahme (act. G19).

B.i Die Beschwerdegegnerin hielt das Gerichtsgutachten in ihrer Stellungnahme vom 2. Februar 2018 in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge für nicht nachvollziehbar und nicht überzeugend. Sie stützte sich dabei insbesondere auf die beigelegte Beurteilung von RAD-Arzt Dr. med. I.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 24. Januar 2018 (act. G22, act. G22.1).

Erwägungen

1.

Zwischen den Parteien umstritten und nachfolgend zu prüfen ist der Rentenanspruch des Beschwerdeführers gegenüber der Invalidenversicherung.

1.1 Gemäss Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) wird unter Invalidität die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit verstanden (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist dabei der durch eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen 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). Der Grad der für einen allfälligen Rentenanspruch massgebenden Invalidität wird gemäss Art. 16 ATSG durch einen Einkommensvergleich ermittelt, bei dem das Einkommen, das die versicherte Person nach dem Eintritt der Invalidität und nach der Durchführung der notwendigen und zumutbaren Eingliederungsmassnahmen bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen



könnte (zumutbares Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt wird zum Einkommen, das die versicherte Person erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Nach Art. 28 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) besteht Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70%, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie wenigstens zu 60% invalid ist. Liegt ein Invaliditätsgrad von mindestens 50% vor, so besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem IV-Grad von mindestens 40% auf eine Viertelsrente.

1.2 Um das Ausmass der Arbeitsunfähigkeit beurteilen und somit den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4). Das Gericht hat zu prüfen, ob die vorliegenden Beweismittel eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruchs gestatten. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Fachperson begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a). Rechtsprechungsgemäss bildet das Datum der streitigen Verfügung die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (vgl. BGE 129 V 169 E. 1; UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2015, N 99 zu Art. 61).

1.3 Bei Gerichtsgutachten weicht das Gericht nicht ohne zwingende Gründe von den Einschätzungen des medizinischen Experten ab. Ein Grund zum Abweichen kann vorliegen, wenn die Gerichtsexpertise widersprüchlich ist oder wenn ein vom Gericht eingeholtes Obergutachten in überzeugender Weise zu andern Schlussfolgerungen gelangt. Eine abweichende Beurteilung kann gerechtfertigt sein, wenn gegensätzliche Meinungsäusserungen anderer Fachexperten dem Gericht als triftig genug erscheinen, die Schlüssigkeit des Gerichtsgutachtens in Frage zu stellen, sei es, dass es die



Überprüfung durch einen Oberexperten für angezeigt hält, sei es, dass es ohne Oberexpertise vom Ergebnis des Gerichtsgutachtens abweichende Schlussfolgerungen zieht (BGE 135 V 465 E. 4.4 und 4.6; BGE 125 V 351 E. 3a und 3b/aa mit Hinweis; UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 3. Auflage, Zürich/Basel/Genf 2015, N 55 zu Art. 43).

2.

Zu prüfen ist vorab, ob das Gerichtsgutachten vom 21. November 2017 eine rechtsgenügende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers erlaubt. Die Beschwerdegegnerin spricht diesem die Beweiskraft ab (act. G22).

2.1 RAD-Arzt Dr. I.____ und die Beschwerdegegnerin kritisieren insbesondere das psychiatrische Teilgutachten von Dr. med. J.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 18. September 2017.

2.1.1 Mit dem am 3. Juni 2015 gefällten BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht die von ihm geschaffene Überwindbarkeitsvermutung bezüglich pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage und den sich an den Foersterkriterien orientierenden Prüfungsraster aufgegeben. Das bisherige Regel-/Ausnahme-Modell wurde durch ein "strukturiertes" Beweisverfahren ersetzt. Nach der neuen Rechtsprechung hat die Invaliditätsbemessung bei psychosomatischen Störungen den Aspekt der funktionellen Auswirkungen zu berücksichtigen, was sich schon in den diagnostischen Anforderungen niederschlagen muss. Massgebend seien gemäss Bundesgericht in Schweregrad und Konsistenz der funktionellen Auswirkungen eingeteilte Standardindikatoren. Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrads sei nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen seien (BGE 141 V 307 f. E. 6; vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 23. September 2015, 8C_421/2015, E. 5.2). Mit Urteilen vom 30. November 2017, 8C_130/2017, E. 7.2, und 8C_841/2016, E. 4.5, weitete das Bundesgericht die Anwendbarkeit des strukturierten Beweisverfahrens nach BGE 141 V 281 auf sämtliche psychischen Erkrankungen, insbesondere auch leichte bis mittelschwere depressive Störungen aus. Entgegen der Vorbringen der



Beschwerdegegnerin (act. G22) ist anhand des Gutachtens eine zuverlässige Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nach Massgabe der Standardindikatoren gemäss BGE 141 V 281 grundsätzlich möglich.

2.1.2 Der psychiatrische Teilgutachter Dr. J.____ listete als psychiatrische Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41); eine chronische, depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F32.11) bei komplizierter, protrahierter Trauerreaktion (ICD-10: F38.8); eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1) und unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) von verschiedenen Medikamenten bei Verdacht auf Arzneimittelinteraktionen (ICD-10: Y57.1) auf (psychiatrisches Teilgutachten, S. 4; act. G17). Er erwähnte das Urteil BGE 141 V 281 und setzte sich in der Folge mit den Standardindikatoren auseinander. An anderer Stelle des Gutachtens befasste er sich auch ausführlich und in überzeugender Weise mit den Risikofaktoren und Ressourcen, sowie dem sozialen Kontext. Er kam zum Schluss, die Risiken und Belastungen überwögen die Ressourcen deutlich (psychiatrisches Teilgutachten, S. 5 ff.; act. G17).

2.1.3 Wie RAD-Arzt Dr. I.____ zu Recht feststellte, enthält das Gutachten von Dr. J.____ viele Literaturangaben, allgemeine theoretische Ausführungen und Hinweise auf mögliche Differentialdiagnosen (act. G22.1). Dr. J.____ zog daraus jedoch Rückschlüsse auf die konkrete Situation des Beschwerdeführers, und dem Gutachten ist mit hinreichender Deutlichkeit zu entnehmen, welche Befunde und Diagnosen tatsächlich auf den Beschwerdeführer zutreffen sollen. Soweit Dr. I.____ bemängelt, Dr. J.____ habe sich zu sehr auf die Anamnese statt auf eigene Befunde konzentriert, ist zu erwähnen, dass Dr. J.____ offenbar teilweise bewusst auf eine weitere Exploration verzichtete. So erhob er die traumatisierenden Erlebnisse in der Kindheit des Beschwerdeführers nicht vertieft, da vor allem aus der Hirnforschung bekannt sei, dass jede Beschäftigung mit einem Thema die entsprechenden Spuren im Hirn vertiefe. Eine bloss Exploration von traumatischen Erlebnissen könnte eine Re-Traumatisierung mit unabsehbaren Folgen bewirken, die er im Rahmen der Begutachtung kaum auffangen könnte und der mögliche zusätzliche Erkenntnisgewinn könnte dieses Risiko nicht aufwiegen (psychiatrisches Teilgutachten, S. 5; act. G17). Entgegen der Kritik von Dr. I.____ lässt sich dem Gutachten eine Begründung entnehmen, weshalb der Beschwerdeführer sich



in einem Trauerprozess befinden soll. So erklärt Dr. J.____, der Beschwerdeführer habe durch die Erkrankung und die Unfälle, sowie deren Folgen viel verloren: seelische und körperliche Beschwerdefreiheit, seine Arbeit, Verdienst, Anerkennung und soziale Integration. Verluste bedingten einen Trauerprozess (psychiatrisches Teilgutachten, S. 8; act. G17). Zusätzlich zu den genannten Verlusten zeigt das Gutachten auch auf, dass der Beschwerdeführer sehr unter der familiären Situation mit der Trennung von seiner zweiten Ehefrau und seinem Sohn leidet (psychiatrisches Teilgutachten, S. 6 f.; act. G17).

2.1.4 Wie Dr. I.____ vorbringt, besteht bezüglich der Diagnose der unerwünschten Arzneimittelwirkungen insofern ein Widerspruch, als Dr. J.____ einerseits ausführte, bei der im Vordergrund stehenden Diagnose springe insbesondere die Sedation und zum Teil Somnolenz ins Auge, andererseits aber als Bewusstseinsstatus „wach“ festhielt (psychiatrisches Teilgutachten, S. 14, 3; act. G17). Dies lässt sich jedoch insofern erklären, als Dr. J.____ erwähnte, im Status fänden sich anders als in der Anamnese keine Hinweise auf klinisch relevante Aufmerksamkeits-, Konzentrations- oder Gedächtnisstörungen (psychiatrisches Teilgutachten, S. 3; act. G17). Folglich ist nicht auszuschliessen, dass beim Beschwerdeführer ausserhalb des Zeitraumes der Begutachtung ein somnolenter Zustand bestand, zumal er über erhebliche Schlafprobleme mit erhöhter Tagesmüdigkeit und Niedergeschlagenheit berichtete (psychiatrisches Teilgutachten, S. 2; act. G17). Der schädliche Substanzgebrauch und das damit zusammenhängende Abhängigkeitssyndrom wurde sodann in den Vorakten mehrfach erwähnt (vgl. psychiatrisches Teilgutachten, S. 13 f.; act. G17, IV-act. 63, 80, 84, 90-1, 92). Soweit Dr. I.____ kritisiert, es sei unklar, wann und weshalb der Beschwerdeführer Auto fahre, so lässt sich dem psychiatrischen Teil-, sowie dem Hauptgutachten entnehmen, dass der Beschwerdeführer ausschliesslich im Notfall bei auftretenden Pankreasschmerzen und der Angst vor denselben selbst zum Arzt fahre, sofern ihn sein Neffe nicht hinbringen könne (psychiatrisches Teilgutachten, S. 3, Hauptgutachten, S. 26; act. G17).

2.1.5 Dr. J.____ schätzte die Arbeitsunfähigkeit nach ausführlicher Begründung aus psychiatrischer Sicht in einer adaptierten Tätigkeit auf 60%. Er befand, die beiden Gutachten der SMAB seien auffällig knapp und es fehle eine überzeugende kriteriengestützte Herleitung der Diagnosen und insbesondere der Einschränkung der



Arbeitsfähigkeit, weshalb auf diese kaum abgestützt werden könne (psychiatrisches Teilgutachten, S. 16 f., 20; act. G17). Dies entspricht der Stellungnahme der RAD-Ärzte vom 21. Oktober 2013, welche das Gutachten der SMAB für nicht beweiskräftig hielten und stattdessen auf die Beurteilung der Psychiatrischen Klinik F.____ abstellten (IV-act. 105). Die dort behandelnden Ärzte hatten am 2. März 2012 beurteilt, wenn es dem Beschwerdeführer gelinge, auf alternative Bewältigungsstrategien anstatt den maladaptiven Konsum von Benzodiazepinen und Opiaten zurückzugreifen, könne "bestenfalls" von einer Arbeitsfähigkeit von 50% ausgegangen werden (IV-act. 92-13 ff.). Vor diesem Hintergrund ist die von Dr. J.____ attestierte Arbeitsunfähigkeit von 60% nachvollziehbar, zumal er im Gegensatz zur vorgenannten Beurteilung zusätzlich die chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren berücksichtigte.

2.2

2.2.1 Der gastroenterologische Teilgutachter Dr. med. K.____ erachtete den Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit als zu 100% arbeitsunfähig. Der Bereich der Restarbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit bewege sich unter den genannten Prämissen im Bereich 50 bis 75% - eine präzise Rekonstruktion des Beginns und Verlaufs der Teilarbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit sei aus gastroenterologischer Warte praktisch nicht möglich (gastroenterologisches Teilgutachten, S. 5; act. G17). Dr. K.____ befand, die gastroenterologischen Diagnosen imponierten als eher zweitrangig. Leider sei es nur unzureichend möglich, aus der Schilderung des Beschwerdeführers ein präzises Bild vom Schweregrad und von der Häufigkeit der Schmerzepisoden zu gewinnen. Ein leichtes pankreatogenes Schmerzsyndrom im Rahmen der chronischen Pankreatitis sei aber durchaus plausibel (gastroenterologisches Teilgutachten, S. 3 f.; act. G17). Die SMAB-Gutachter hatten den Beschwerdeführer in ihrem Gutachten vom 8. Februar 2012 aus internistisch-gastroenterologischer Sicht in einer Verweistätigkeit als zu 80% arbeitsfähig erachtet (vgl. IV-act. 63-20). Dr. K.____ hielt diese Beurteilung retrospektiv für plausibel, begründete jedoch nachvollziehbar, die Arbeitsfähigkeit sei zum Zeitpunkt seiner Begutachtung vom 7. August 2017 tiefer, da in der Zwischenzeit infolge Erschöpfung der psychischen Reserven die Toleranz für Schmerzen abgenommen habe und weil eine zwischenzeitliche Progression zu einem leicht- bis mässiggradigen



pankreatogenen Schmerzsyndrom nicht auszuschliessen sei (gastroenterologisches Teilgutachten, S. 6; act. G17).

2.2.2 Wie die Beschwerdegegnerin zu Recht vorbringt (act. G22), wies Dr. K.____ auch auf extra-gastrointestinale Schmerzursachen hin (Rückenschmerzen, Bandscheibenleiden), für deren Beurteilung er nicht primär zuständig war. Dies ist jedoch insofern nachvollziehbar, als Dr. K.____ festhielt, erfahrungsgemäss seien pankreatogene Schmerzen nicht immer ganz klar von vertebra genen Schmerzen abgrenzbar (gastroenterologisches Teilgutachten, S. 4 f.; act. G17). Diese Aussage trägt zur Erklärung bei, weshalb aus Sicht von Dr. K.____ eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit rein aufgrund der gastroenterologischen Diagnosen mit den dabei im Vordergrund stehenden Schmerzen als Einschränkung nicht mit wünschbarer Präzision festlegbar ist (Hauptgutachten, S. 30; act. G17). Entgegen dem Vorbringen der Beschwerdegegnerin liegen zudem klinisch objektivierte Befunde für die genannten Rückenschmerzen bzw. das Bandscheibenleiden vor (vgl. die in act. G17, Hauptgutachten, S. 22 ff. genannten Arztberichte, act. G13.1, G16.1, IV-act. 92-13). Als zusammenfassende Beurteilung hielten die Gutachter sodann fest, es sei auch aufgrund des Status nach bilateraler Mikrodiskektomie L5/S1 am 28. November 2016 mit Verdacht auf Rezidivhernie von einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auszugehen. Das Ausmass derselben wäre durch eine zusätzliche fachärztliche Beurteilung festzulegen, dürfte sich ihrer Einschätzung nach aber kaum als limitierender Faktor erweisen (Hauptgutachten, S. 33; act. G17).

2.2.3 Dr. K.____ legte aus theoretisch-gastroenterologischer Sicht die Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit unter der Voraussetzung einer psychisch durchschnittlich robusten, stabilen Persönlichkeit mit intakten mentalen Ressourcen und der Kapazität für ein übliches Ausmass an aktiver Krankheitsbewältigung fest (gastroenterologisches Teilgutachten, S. 5; act. G17). Aus seinem Gutachten ergibt sich jedoch entgegen der Beschwerdegegnerin (act. G22) nicht, dass er "in unzulässiger Weise nicht sein Fachgebiet betreffende psychiatrische Aspekte miteinbezogen" hätte. Vielmehr überliess er die psychiatrische Beurteilung Dr. J.____. Sein Hinweis auf das notwendige Profil einer stabilen psychischen Persönlichkeit ist zudem insofern überzeugend, als er auf die erhöhte Sorgfaltspflicht bei der Nahrungseinnahme und der Diabetesbehandlung verwies, welche bei einer psychisch instabilen Person allenfalls



eingeschränkt sein könnte. Zudem führte er aus, bei chronischen oder rezidivierenden Schmerzen könne die Angst vor dem Schmerz im subjektiven Erleben eine gewichtige Rolle spielen. In der retrospektiven Schilderung könne sich die Grenze zwischen der Angst vor dem Schmerz und dem faktischen Eintreffen des befürchteten Schmerzereignisses verwischen, wie das auch beim Beschwerdeführer zum Teil der Fall zu sein scheine. Dies erschwere die Präzision der gutachterlichen Einschätzung (gastroenterologisches Teilgutachten, S. 5; act. G17). In der zusammenfassenden Beurteilung der begutachtenden Ärzte wurde sodann festgehalten, die von Dr. K.____ medizinisch-theoretisch attestierte Arbeitsfähigkeit von 50 bis 75% sei aufgrund der psychischen Störung nicht umsetzbar. Stattdessen kamen sie polydisziplinär nachvollziehbar zum Schluss, der Beschwerdeführer sei in einer adaptierten Tätigkeit zu 60%, mithin also höher als aus rein somatischer Sicht geschätzt, arbeitsunfähig (Hauptgutachten, S. 33 f.; act. G17).

2.3 Bei der Würdigung des Gerichtsgutachtens vom 21. November 2017 fällt weiter ins Gewicht, dass es auf eigenständigen gründlichen Abklärungen beruht und für die streitigen Belange umfassend ist. Die medizinischen Vorakten wurden verwertet und diskutiert. Insbesondere haben sich die Gerichtsgutachter ausführlich und schlüssig mit der abweichenden Beurteilung durch die SMAB-Gutachter auseinandergesetzt. Die vom Beschwerdeführer geklagten Leiden wurden berücksichtigt und nachvollziehbar gewürdigt. Die von den Gerichtsgutachtern vorgenommene Arbeitsfähigkeitsschätzung leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein. Weiter bestehen keine Anhaltspunkte dafür, dass objektiv wesentliche Tatsachen nicht berücksichtigt worden wären. Aus medizinischer Sicht ist deshalb davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer seit 5. Mai 2009 für die angestammte Tätigkeit als Giessereimitarbeiter über keine Arbeitsfähigkeit mehr verfügt. Für leidensangepasste Tätigkeiten besteht seit 17. Juli 2009 eine 60%ige Arbeitsunfähigkeit (Hauptgutachten S. 35 f.; act. G17). Dr. J.____ hat sodann plausibel und in umfassender Diskussion der Befunde, Funktionseinbussen und Ressourcen sowie unter Einbezug von psychologischen Tests dargelegt, dass selbstständige psychische Krankheiten mit Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit bestehen (siehe zum Ganzen das psychiatrische Teilgutachten, insb. S. 4 ff., S. 16 ff.; act. G17). Aus rechtlicher Sicht bestehen keine Gründe, von der Leistungsfähigkeitsbeurteilung im Gerichtsgutachten abzuweichen.



3.

Ausgehend von der gerichtsgutachterlich bescheinigten Arbeitsunfähigkeit verbleibt die Erwerbsunfähigkeit bzw. der Invaliditätsgrad zu ermitteln. Der Beschwerdeführer ist seit Mai 2009 in seiner angestammten Tätigkeit vollständig arbeitsunfähig gewesen und hat sich im Juli 2009 zum Rentenbezug angemeldet (vgl. IV-act. 5). Das sogenannte Wartejahr (Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG) ist somit Ende April 2010 abgelaufen, so dass ein allfälliger Rentenanspruch frühestens am 1. Mai 2010 entstanden ist.

3.1 Für das Valideneinkommen ist massgebend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des allfälligen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre (BGE 134 V 322 E. 4.1). Vor Eintritt seiner gesundheitlichen Beschwerden erzielte der Beschwerdeführer im Jahr 2007 bei der L. ___ AG ein Einkommen von Fr. 55'815.-- (vgl. IK-Auszug; IV-act. 14). Angepasst an die Nominallohnentwicklung bis 2010 beläuft sich das Valideneinkommen folglich auf Fr. 58'651.-- (Index Männer 2007: 2047; 2010: 2151).

3.2 Das Invalideneinkommen ist gestützt auf die LSE, Total sämtlicher Wirtschaftszweige, Anforderungsniveau 4, Männer, zu bestimmen. Es belief sich im Jahr 2010 auf Fr. 61'164.--. Bei einem zumutbaren Arbeitspensum von 40% ergibt sich ein Jahreseinkommen von Fr. 24'466.--.

3.3 Mit dem Tabellenlohnabzug ist zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren arbeitnehmenden Personen lohnmassig benachteiligt sind und deshalb mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Sodann wird dem Umstand Rechnung getragen, dass weitere persönliche und berufliche Merkmale einer versicherten Person, wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad, Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 129 V 481 E. 4.2.3, vgl. auch BGE 134 V 327 E. 5.2). Der Beschwerdeführer ist



gesundheitsbedingt selbst bei körperlich leichten Tätigkeiten eingeschränkt und es sind dabei weitere qualitative Anforderungen zu beachten (keine besonderen Anforderungen an die psychische Belastbarkeit, kein Führen von Motorfahrzeugen, keine Bedienung gefährlicher Maschinen, keine Tätigkeiten mit Sturzgefahr; vgl. Hauptgutachten, S. 35; act. G17). Er ist im Vergleich zu voll leistungsfähigen Arbeitnehmern damit lohnmässig benachteiligt und muss mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen. Weiter zu berücksichtigen ist, dass er nur noch als Teilzeitbeschäftigter (40%) tätig sein kann (vgl. zum Ganzen PHILIPP GEERTSEN, Der Tabellenlohnabzug, in Ueli Kieser/Miriam Lendfers [Hrsg.]: Jahrbuch zum Sozialversicherungsrecht 2012, S. 139 ff.). Es rechtfertigt sich damit, den Tabellenlohnabzug auf 10% festzusetzen. Das Invalideneinkommen beläuft sich damit auf Fr. 22'019.-- (0.9 x 24'466.--).

3.4 Ausgehend von einer 40%igen Arbeitsfähigkeit für leidensangepasste Tätigkeiten und unter Berücksichtigung eines 10%igen Tabellenlohnabzugs resultiert bei einem Valideneinkommen von Fr. 58'651.-- und einem Invalideneinkommen von Fr. 22'019.-- ein rentenbegründender Invaliditätsgrad von rund 62%. Demnach hat der Beschwerdeführer ab 1. Mai 2010 Anspruch auf eine Dreiviertelsrente.

4.

4.1 Nach dem Gesagten ist die Beschwerde unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 10. April 2014 gutzuheissen und dem Beschwerdeführer mit Wirkung ab 1. Mai 2010 eine Dreiviertelsrente zuzusprechen. Zur Festsetzung und Ausrichtung der Leistung ist die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

4.2 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Ausgangsgemäss hat die Beschwerdegegnerin die gesamte Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen.

4.3 In Nachachtung der bundesgerichtlichen Rechtsprechung (Urteil des Bundesgerichts vom 27. Juni 2013, 8C_71/2013, E. 2.2.3) hat die Beschwerdegegnerin



die für das Gerichtsgutachten angefallenen Kosten von Fr. 15'150.70 zu tragen (act. G17.1).

4.4 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.--. Im hier zu beurteilenden Fall erscheint wegen des im Zusammenhang mit dem Gerichtsgutachten verbundenen Mehraufwands eine Parteientschädigung Fr. 4'000.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) als angemessen. Die Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege erübrigt sich damit.

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 10. April 2014 aufgehoben und dem Beschwerdeführer mit Wirkung ab 1. Mai 2010 eine Dreiviertelsrente zugesprochen. Zur Festsetzung und Ausrichtung der Leistung wird die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.

2.

Die Beschwerdegegnerin hat eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen.

3.

Die Beschwerdegegnerin hat die für das Gerichtsgutachten angefallenen Kosten von Fr. 15'150.70 zu bezahlen.

4.



Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 4'000.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.