



Fall-Nr.: IV 2015/96
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 06.05.2020
Entscheiddatum: 09.11.2017

Entscheid Versicherungsgericht, 09.11.2017

Art. 28 IVG. Rentenanspruch. Würdigung polydisziplinäres Gutachten. Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes. Rückweisung zur ergänzenden Begutachtung (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 9. November 2017, IV 2015/96).

Entscheid vom 9. November 2017

Besetzung

Präsidentin Marie Löhner, Versicherungsrichterinnen Michaela

Machleidt Lehmann und Marie-Theres Rüegg Haltinner;

Gerichtsschreiberin Anina Gubser

Geschäftsnr.

IV 2015/96

Parteien

A.____,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Simon Näscher,

Alte Landstrasse 106, Postfach 101, 9445 Rebstein,



St.Galler Gerichte

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

Rente

Sachverhalt

A.

A.a A.____ meldete sich am 2. Oktober 2012 über die Krankentaggeldversicherung zum Bezug von IV-Leistungen an. Er leide an einer Depression (IV-act. 1 f.). Der Versicherte war vom 16. April bis 25. Mai 2012, vom 7. bis 22. Juni 2012 und vom 13. bis 28. September 2012 jeweils aufgrund einer schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome mit somatischem Syndrom (ICD-10: F32.2) in stationärer Behandlung in der Klinik B.____. Des Weiteren bestand die Diagnose des Colon irritabile (ICD-10: K58.9). Bei der Depression seien insbesondere chronobiologische Abläufe gestört, weshalb der Versicherte auf keinen Fall weiterhin in Nachtschichten arbeiten sollte. Ab dem 1. Oktober 2012 bestünde gemäss der Klinik B.____ wieder eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (IV-act. 99-5 ff.).

A.b Gemäss Gesprächsprotokoll vom 25. Oktober 2012 zwischen der behandelnden Ärztin des Versicherten, C.____, Fachärztin Psychiatrie und Psychotherapie FMH, und dem RAD-Arzt Dr. med. D.____, Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie FMH, beeinträchtigt eine Anpassungsstörung (ICD-10: F43.2) die Arbeitsfähigkeit des Versicherten. Der Versicherte befand sich seit dem 5. Oktober 2011 in der Behandlung von C.____. Seit dem 1. Oktober 2012 bestehe eine 50%ige Arbeitsfähigkeit, unter Adaption (kein Nachtdienst) schrittweise steigerbar bis aufs Vorniveau. Es bestehe ein ausgeprägtes Defiziterleben mit somatoformen Beschwerden. Die beschriebene Symptomatik sei somatoform überlagert (IV-act. 17).



A.c Für die Zeit vom 9. Januar bis 12. Oktober 2013 sprach die IV-Stelle dem Versicherten eine berufliche Abklärung bei der Stiftung E.____ zu (IV-act. 29, 32, 46, 66, 83). Diese wurde vom 16. April bis 14. Mai 2013 aufgrund einer Knieoperation (IV-act. 54, 66), und vom 20. Juni bis 5. Juli 2013 aufgrund eines stationären Aufenthaltes in der Klinik B.____ wegen einer schweren depressiven Episode mit psychotischen Symptomen und somatischem Syndrom (ICD-10: F32.3) unterbrochen. Es bestand ab dem 8. Juli 2013 eine Arbeitsfähigkeit geschützt zu 50% bei der Stiftung E.____ und ab dem 5. August 2013 zusätzlich zu 50% für den Arbeitsversuch bei der F.____ AG (IV-act. 99-1 bis 99-4). Schliesslich wurde wegen des instabilen Gesundheitszustandes die Abklärung bei der Stiftung E.____ per 9. August 2013 abgebrochen und die Prüfung des Anspruchs auf Rentenleistungen angekündigt (IV-act. 89, 93). Vom 21. August bis 10. Oktober 2013 war der Versicherte aufgrund einer generalisierten Angststörung mit depressiver Symptomatik (ICD-10: F41.1) und einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10: F45.40) erneut in stationärer Behandlung in der Klinik B.____ (IV-act. 138-16 ff.).

A.d C.____ hielt im Arztbericht vom 29. August 2013 eine sich auf die Arbeitsfähigkeit des Versicherten auswirkende rezidivierende depressive Episode mit somatischem Syndrom, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.2) fest. Der Versicherte sei in der angestammten Tätigkeit zu 50% (vier Stunden täglich) arbeitsfähig. Objektvierbar sei eine maximal 50%ige Reduktion der Leistungsfähigkeit aufgrund der depressiven Symptomatik. In der Stiftung E.____ sei eine ganztägige Belastung bei reduziertem Leistungsvolumen möglich gewesen. Das Belastungsprofil dürfte im geschützten Rahmen geschätzt um 50% reduziert gewesen sein. Eine leichte, möglichst wechselbelastende Tätigkeit in einem ruhigen, konfliktfreien Arbeitsumfeld mit geringen körperlichen und kognitiven Anforderungen sei mit einer um 50% verminderten Leistungsfähigkeit für vier Stunden pro Tag zumutbar (IV-act. 100).

A.e Am 26. September 2013 und 13. November 2013 wurde dem Versicherten mitgeteilt, es werde eine polydisziplinäre (Allgemeine Innere Medizin, Gastroenterologie, Orthopädie, Psychiatrie) Untersuchung durch das Zentrum für medizinische Begutachtung (ZMB) durchgeführt (IV-act. 101, 106). Die Begutachtung des Versicherten fand vom 6. bis 10. Januar 2014 statt. Dr. med. G.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Gastroenterologie FMH, diagnostizierte im



allgemeinmedizinischen und internistischen Teilgutachten einen Colon irritabile, welcher die vom Versicherten ins Zentrum gestellte Schmerzsymptomatik ausreichend erkläre. Diese Schmerzsymptomatik habe bezüglich der Arbeitsfähigkeit keine Relevanz. Unter Berücksichtigung der Anamnese müsse versucht werden, mittels Coping-Strategien die Schmerzsymptomatik des Versicherten zu bewältigen (IV-act. 114-13 f.). Gemäss rheumatologischem Teilgutachten von Dr. med. H.____, Facharzt für Rheumatologie und Physikalische Medizin und Rehabilitation FMH, fänden sich in der aktuellen klinischen Untersuchung keine relevanten pathologischen Befunde. Die Hauptbefunde beträfen die muskulären Dysbalancen am Schulter- und Beckengürtel, die physiotherapeutisch im Sinne der Instruktion eines Heimprogrammes angegangen werden könnten. Es bestünden weder qualitative noch quantitative Beeinträchtigungen am Bewegungsapparat und kein Handlungsbedarf (IV-act. 114-17). Das gastroenterologische Teilgutachten, wiederum durch Dr. G.____ erstellt, stellte die Diagnose eines Colon irritabile vom Diarrhoe-Typ. Dabei müsse festgehalten werden, dass die Schmerzsymptomatik in einem klaren Zusammenhang mit der Psychopathologie stehe und für sich allein keinen grossen Krankheitswert darstelle. Belastungen, die im Zusammenhang mit der Lebensbewältigung, dem psychischen Status wie auch dem sozialen Umfeld stünden, hätten einen ganz wesentlichen Anteil auf die Modulation der Krankheitsintensität respektive die Ausprägung dieser funktionellen gastrointestinalen Störungen. Die Arbeitsfähigkeit werde durch diese Diagnose nicht wesentlich beeinflusst. Über eine adäquate Behandlung der Depressionen müsse versucht werden, die Schmerzsymptomatik des Colon irritabile auf ein erträgliches Mass zu modulieren (IV-act. 114-19 f.). Dr. med. I.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, diagnostizierte im psychiatrischen Teilgutachten eine anhaltende somatoforme, autonome Funktionsstörung des oberen Verdauungssystems (ICD-10: F45.31) mit Colon irritabile, hypochondrischer Symptomatik und dissoziativen Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen. Es habe sich das Bild einer dominanten psychosomatischen, somatoformen Schmerzstörung mit sekundären, vorwiegend dysphorisch-depressiven Symptomen geboten. Dabei handle es sich um sekundär depressive Symptome bei schwieriger sozialer, psychologischer Situation und auch bei deutlich vorhandener psychosomatischer Symptomatik. Damit sei nicht auszuschliessen, dass der Versicherte auch in Zukunft wieder in vermehrtem Masse depressiv und auch verstimmt und aggressiv sein könnte. Es bestehe weder



eine schwere körperliche noch eine schwerwiegende psychiatrische Komorbidität zum psychosomatischen Prozess. Die Betreuung durch die behandelnde Psychiaterin C.____ und den Hausarzt sei sinnvollerweise weiterzuführen. Bezüglich allfälliger Fortschritte sei die Prognose aufgrund mangelnder Introspektionsfähigkeit des Versicherten zurückhaltend (IV-act. 114-23 bis 114-26). Im Konsens wurde die Diagnose der anhaltenden somatoformen autonomen Funktionsstörung des oberen Verdauungssystems - mit Colon irritabile, hypochondrischer Symptomatik, dissoziativen Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen, aktuell keine depressive Symptomatik - mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit festgehalten. Im Vordergrund der gesamten Symptomatik stehe ein Colon irritabile vom Diarrhoe-Typ, welcher dem psychosomatischen Formenkreis zugeordnet werde. Deshalb werde diese unter die anhaltende somatoforme autonome Funktionsstörung des oberen Verdauungssystems subsumiert. Es fänden sich noch eine hypochondrische Symptomatik sowie dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen in den unteren Extremitäten und im Bauchbereich. Betreffend die in der Anamnese immer wieder beschriebene depressive Symptomatik fände sich, anlässlich der bei der Begutachtung durchgeführten Untersuchungen, keine relevante depressive Symptomatik. Der Versicherte verstehe unter depressiv sein "Stress haben" und dies wegen seiner körperlichen Beschwerden. Für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Der Versicherte arbeite einzig aufgrund seiner psychosomatischen Krankheit nicht. Damit bestehe internistisch, gastroenterologisch und auch rheumatologisch keine Arbeitsunfähigkeit. Es bestehe auch keine schwerwiegende psychiatrische Komorbidität im Sinne einer depressiven Störung von schwerem oder mittelschwerem Ausmass. Affektive Zustände seien allerdings immer schwankend und abhängig von der äusseren aktuellen Situation sowie dass es sich um keine statischen Zustände handelt. Es handle sich aber nicht um eine eigenständige Depression, sondern um eine Folge der psychosomatischen Beschwerden und der sekundären sozialen Probleme. Damit sei der Versicherte auch aus psychiatrischer Sicht nicht relevant in seiner Arbeitsfähigkeit - die zuletzt ausgeübte Tätigkeit sei adaptiert - eingeschränkt. Weiter abgeklärt bzw. nachverfolgt werden sollte eine anlässlich der Untersuchung festgestellte arterielle Hypertonie. Eventuell sei noch eine hypnotische Behandlung der psychosomatischen Problematik zu prüfen. In Würdigung der vorhandenen Arztberichte hielt das polydisziplinäre Gutachten fest, es stehe



St.Galler Gerichte

eindeutig das psychosomatische Geschehen im Vordergrund. Der Versicherte sei anlässlich der Untersuchung nicht depressiv gewesen. Es habe eine gewisse Dysphorie und Reizbarkeit festgestellt werden können, die vom Versicherten auf seine körperlichen Probleme zurückgeführt worden seien. Zudem hätten keine die von C.____ diagnostizierte Anpassungsstörung auslösenden Probleme festgestellt werden können (IV-act. 114-27 ff.).

A.f Der Versicherte war vom 30. Januar bis 14. März 2014 erneut in stationärer Behandlung in der Klinik B.____. Die Diagnosen lauteten: anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.40); generalisierte Angststörung (ICD-10: F41.1); histologisch mikroskopische Kolitis (ED 2/2014); äussere Hämorrhoiden ohne Komplikation (ICD-10: I84.5); Meniskusläsion links, Chondropathie Grad IV Kniegelenk links. Die vorbekannte somatoforme Schmerzstörung habe zugenommen (IV-act. 138-23 bis 138-25).

A.g Mit Vorbescheid vom 19. März 2014 kündigte die IV-Stelle dem Versicherten an, der Anspruch auf eine Invalidenrente werde abgewiesen. Es habe kein Gesundheitsschaden mit dauerhafter Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit in jeglichen Tätigkeiten ausgewiesen werden können (IV-act. 118 f.).

A.h Gegen diesen Vorbescheid erhob die Rechtsvertreterin des Versicherten am 5. Mai 2014 Einwand mit der Begründung, der Gesundheitszustand des Versicherten habe sich seit der Begutachtung im ZMB vom Januar 2014 vor allem in psychiatrischer Hinsicht verschlechtert (IV-act. 122).

A.i Vom 30. Juni bis 12. August 2014 war der Versicherte aufgrund der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10: F45.40) und einer schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10: F32.2) in stationärer Behandlung in der Klinik B.____. Es wurde eine Zunahme der vorbekannten somatoformen Schmerzstörung mit depressiver Symptomatik festgehalten. Die stationäre Behandlung habe lediglich zu einer relativen Stabilisierung des Zustandes und einer leichten Verbesserung des Schlafes geführt, subjektiv würde aber keine Verbesserung bemerkt. Bei Entlassung sei der Versicherte zu 100% arbeitsunfähig für jegliche Form von



St.Galler Gerichte

Tätigkeit auf dem freien Arbeitsmarkt. Eine geschützte Beschäftigung sei zumutbar und auch sinnvoll (IV-act. 138-27 ff.).

A.j Vom 21. November bis 1. Dezember 2014 war der Versicherte im Spital J.____, Klinik für Innere Medizin, hospitalisiert. Es wurden langanhaltende linksseitige Oberbauchschmerzen im Rahmen somatoformer Schmerzempfindungsstörungen, eine generalisierte Angststörung mit depressiver Symptomatik, unklare thorakale Schmerzen linksbetont, chronische Kopfschmerzen, ein diarrhoebetontes Reizdarmsyndrom, eine subakute Prostatitis, rezidivierende Analfissuren, ein Vitamin D Mangel und Hämorrhoiden Grad I diagnostiziert. Bei schon mehrmaliger Hospitalisation und ausgiebiger Abklärung - es sei niemals eine somatische Pathologie nachgewiesen worden - sei auf eine weitere diagnostische Massnahme verzichtet worden. Die Beschwerden seien am ehesten im Rahmen der bekannten somatoformen Schmerzempfindungsstörung interpretiert worden. Trotz Einsatz diverser Schmerzmittel sei es zu keinerlei symptomatischer Besserung gekommen. Am 1. Dezember 2014 sei der Versicherte zur speziellen Schmerztherapie ins Spital K.____ verlegt worden (IV-act. 150-1 f.).

A.k Der Versicherte war am 1. und 2. Dezember 2014 im Kantonsspital St. Gallen (KSSG), Spital K.____, im Palliativzentrum zum Schmerzmanagement bei anhaltenden linksseitigen Oberbauchschmerzen im Rahmen einer somatoformen Schmerzempfindungsstörung hospitalisiert. Es wurden folgende Diagnosen gestellt: generalisierte Angststörung mit depressiver Symptomatik; anhaltende linksseitige Oberbauchschmerzen, differenzialdiagnostisch somatoforme Schmerzstörung; unklare thorakale Schmerzen linksbetont; chronisch rezidivierende Kopfschmerzen; subakute Prostatitis; diarrhoebetontes Reizdarmsyndrom; rezidivierende Analfissuren; Vitamin D Mangel; Hämorrhoiden Grad I; Tinnitus beidseits bei Hochtoninnenschwerhörigkeit; Prostatahyperplasie. Aufgrund selbstgefährdender Tendenzen und bei schwerer depressiver Symptomatik sei der Versicherte mit seinem Einverständnis zur Stabilisierung in die Klinik B.____ verlegt worden (IV-act. 150-9 ff.).

A.l Am 16. Januar 2015 wurde dem Versicherten durch die IV-Stelle mitgeteilt, dass die Voraussetzungen für eine Hörgerätepauschale erfüllt seien (IV-act. 142).



St.Galler Gerichte

A.m Mit Arztbericht vom 21. Januar 2015 wurden durch den neu behandelnden Arzt, Dr. med. L.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt: somatoforme autonome Funktionsstörung des oberen Gastrointestinaltrakts (ICD-10: F45.31) seit 2008; rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10: F33.2), seit 2011; Tinnitus aurium beidseits bei Hochtoninnenschwerhörigkeit, Versorgung mit Tinnitus-Masker, seit 2011; Prostata Hypertrophie und Zystitis akuta seit 2013. Aufgrund der Einschränkungen (Schmerzen unter dem linken Rippenbogen, Tinnitus, bei stärkerer Ausprägung Kopfschmerz, brennende Schmerzen mit ständigem Druck zum Urinieren, schlechte Konzentration und Aufmerksamkeit, eingeschränktes Kurz- und Langzeitgedächtnis, emotionale Instabilität mit erhöhter Reizbarkeit, reduzierte Entscheidungsfähigkeit, niedrige Frustrationstoleranz) sei es dem Versicherten kaum möglich, einer Arbeitstätigkeit länger als eine Stunde nachzugehen, weshalb die angestammte Tätigkeit nicht mehr zumutbar sei und bis auf weiteres eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestehe (IV-act. 143).

A.n Mit Verfügung vom 13. Februar 2015 wies die IV-Stelle das Gesuch um Rentenleistungen, gestützt auf eine RAD-Stellungnahme vom 12. Februar 2015 (IV-act. 145), ab. Es sei seit dem Zeitpunkt der Begutachtung insgesamt zu keiner dauerhaften und IV-relevanten Verschlechterung des Gesundheitszustandes gekommen. In der Hospitalisation ab dem 30. Januar 2014 in der Klinik B.____ sei über keine wesentlichen Veränderungen berichtet worden. Hingegen werde im Arztbericht von Dr. L.____ von deutlichen Befunden einer depressiven Symptomatik berichtet, die zum Zeitpunkt der Begutachtung wohl nicht vorgelegen hätten. Im Gutachten seien aber sowohl in der Würdigung der Aktenlage als auch in der Beurteilung die schweren depressiven Episoden abgehandelt worden - sie seien als sekundär depressive Symptome bei schwieriger sozialer, psychologischer Situation und naturgemäss auch bei deutlich vorhandener psychosomatischer Symptomatik beurteilt worden. Seit Sommer 2014 sei allerdings eine stärkere Ausprägung der depressiven Symptome beschrieben worden. Medizinisch-theoretisch könne bei depressiven Symptomen aber eine Therapierbarkeit und zeitliche Limitierung bzw. eine Reduktion der Symptome innert nützlicher Frist erwartet werden (IV-act. 146).

B.



B.a Gegen die Verfügung vom 13. Februar 2015 richtet sich die durch den neu beigezogenen Rechtsvertreter des Beschwerdeführers erhobene Beschwerde vom 18. März 2015 mit den Anträgen, die Verfügung sei aufzuheben und dem Beschwerdeführer spätestens ab dem 19. April 2013 mindestens eine halbe Invalidenrente auszurichten. Eventualiter sei ein psychiatrisches und gastroenterologisches Obergutachten, subeventualiter ein Ergänzungsgutachten, sowie ein neurologisches Gutachten einzuholen, unter Kosten- und Entschädigungsfolge. Weiter sei dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Rechtspflege zu gewähren. Zur Begründung führt der Beschwerdeführer aus, das gastroenterologische Teilgutachten sei nicht vollständig. Es hätten eine Beurteilung und ausführliche Zusammenfassung der Krankengeschichte, Therapieempfehlungen aus gastroenterologischer Sicht, Hinweise zur beruflichen Eingliederung und eine Stellungnahme zu früheren gastroenterologischen Einschätzungen bezüglich der Arbeitsfähigkeit gefehlt. Auch hätte eine genügende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit/Arbeitsunfähigkeit aus gastroenterologischer Sicht gefehlt. Des Weiteren hätte eine neurologische Abklärung getätigt werden müssen. In den verschiedenen Arztberichten sei mehrfach festgehalten worden, dass der Beschwerdeführer an Kopfschmerzen leide. Diese hätten mittels neurologischer Begutachtung abgeklärt werden müssen. Ausserdem sei seit der psychiatrischen Begutachtung eine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten. Im Vergleich mit dem psychiatrischen Teilgutachten sei diese Verschlechterung durch die Arztberichte der Klinik B.____ vom 20. März 2014, 25. August 2014 und 4. Februar 2015 (nicht in den Akten) und des Arztberichtes von Dr. L.____ vom 21. Januar 2015 belegt. Selbst die Beschwerdegegnerin halte in der angefochtenen Verfügung fest, in den letzten Berichten werde von deutlichen Befunden einer depressiven Symptomatik berichtet, welche zum Zeitpunkt der Begutachtung nicht vorgelegen hätten, so sei auch in der Begutachtung keine aktuell vorliegenden depressiven Störungen diagnostiziert worden. Eine Therapierbarkeit der depressiven Symptomatik und eine zeitliche Limitierung bzw. Reduktion der Symptome innert nützlicher Frist könne nicht erwartet werden, wie der erneute Aufenthalt des Beschwerdeführers in der Klinik B.____ vom 2. Dezember 2014 bis 9. Januar 2015 zeige. Gemäss psychiatrischem Teilgutachten sei es dem Beschwerdeführer zumutbar, seine Beschwerden zu überwinden. Darauf könne nicht abgestellt werden. Die festgestellte somatoforme Schmerzstörung weise eine derartige



Schwere auf, dass dem Beschwerdeführer die Verwertung seiner verbleibenden Arbeitskraft auf dem Arbeitsmarkt bei objektiver Betrachtung sozial-praktisch nicht mehr zumutbar sei. In jedem Fall liege eine mitwirkende, psychisch ausgewiesene Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer vor (act. G 1).

B.b Mit Beschwerdeantwort vom 4. Mai 2015 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Zur Begründung wird ausgeführt, der Beschwerdeführer sei umfassend polydisziplinär untersucht worden. Das Gutachten sei ausführlich abgefasst und dessen Schlussfolgerungen zusammen mit der Arbeitsfähigkeitsschätzung erschienen als begründet. Das gastroenterologische Teilgutachten stütze sich auf die aufgeführten Vorakten und die umfassende Anamnese. Des Weiteren habe kein neurologisches Konsilium durchgeführt werden müssen, da sich in den medizinischen Akten keine Hinweise für eine körperliche Ursache der beklagten Kopfschmerzen finden würden. Alle vom Beschwerdeführer geklagten Leiden seien schlüssig auf die bei ihm vorliegende anhaltende somatoforme autonome Funktionsstörung zurückzuführen. Das Gutachten führe zu Recht aus, dass es sich hierbei weder um eine körperliche noch um eine psychiatrische Pathologie handle. Es liege vielmehr einzig ein psychosomatisches Geschehen ohne invalidisierenden Krankheitswert vor. Betreffend die geltend gemachte Verschlechterung des psychiatrischen Gesundheitszustandes führt die Beschwerdegegnerin aus, dass sich keine Hinweise dafür ergäben. Bereits im 2. Bericht (Arztbericht vom 5. Juli 2013) der Psychiatrie-Dienste, also vor dem ZMB-Gutachten, sei eine volle Arbeitsunfähigkeit für den ersten Arbeitsmarkt attestiert worden. Zudem würden die Berichte der behandelnden Psychiater keine objektiv feststellbaren Gesichtspunkte, die im Rahmen einer Begutachtung unerkannt geblieben und geeignet gewesen wären, um zu einer abweichenden Beurteilung zu führen, enthalten, welche eine medizinische Administrativexpertise in Frage stellen könnten. Die Ausführungen betreffend die Foersterkriterien durch das Gutachten seien schlüssig. Es bestehe beim Beschwerdeführer kein nicht mehr beeinflussbarer seelischer Konflikt im Sinne eines primären Krankheitsgewinns. Er sei noch in der Lage, sein Verhalten willensmässig zu steuern und eine erhebliche Schmerzsymptomatik zu präsentieren. Insgesamt sei die psychiatrische Befundlage beim Beschwerdeführer zu wenig erheblich, um von einem irreversiblen seelischen Schaden auszugehen (act. G 7).



St.Galler Gerichte

B.c Die unentgeltliche Rechtspflege wurde am 13. Mai 2015 durch die Verfahrensleitung bewilligt (act. G 8).

B.d Mit Replik vom 7. Juli 2015 führt der Beschwerdeführer aus, aus gastroenterologischer Sicht müssten die in den Austrittsberichten vom 19. März 2015, 9. Juni 2015 und 16. Juni 2015 des Spitals J.____ diagnostizierten linksseitigen Oberbauchschmerzen beachtet werden. In diesen Berichten seien auch chronisch rezidivierende Kopfschmerzen - keine neuen Beschwerden - diagnostiziert worden. Neben den in der Beschwerde bereits genannten Arztberichten bestünden somit noch weitere Berichte, aus denen hervorgehe, dass der Beschwerdeführer an Kopfschmerzen leide. Dies hätte eines neurologischen Gutachtens bedurft. Betreffend die Verschlechterung des Gesundheitszustandes führt der Beschwerdeführer aus, er sei vom 19. März bis 9. Mai 2015 in der Psychiatrischen Klinik M.____ aufgrund eines Schmerzsyndroms, einer Depression und einer Suizidalität hospitalisiert gewesen. Auch im Arztbericht vom 25. August 2014 der Klinik B.____ sei die Suizidalität ein Problem gewesen. Aufgrund dieser Verschlechterung des Gesundheitszustands müsse ein neues psychiatrisches Gutachten eingeholt werden. Auch weil er seit dem ZMB-Gutachten zweimal einer psychiatrischen Anstalt zugewiesen worden sei, beides Mal wegen Suizidalität (act. G 12).

B.e Die Beschwerdegegnerin hat auf das Einreichen einer Duplik verzichtet (act. G 14).

B.f Mit Eingabe vom 20. Oktober 2015 legt der Beschwerdeführer den Austrittsbericht des Spitals N.____, Klinik für Innere Medizin, vom 8. Oktober 2015 ins Recht. Aus diesem ist eine Hospitalisation des Beschwerdeführers vom 1. bis 7. Oktober 2015 ersichtlich (act. G 15.1).

Erwägungen

1.

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



1.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Nach Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70%, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60% invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% ein Anspruch auf eine Viertelsrente.

1.2 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe der Ärztin oder des Arztes ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen). Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgericht die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der



medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen).

1.3 Der Sozialversicherungsprozess ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach haben Gericht und Verwaltung von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen (Urteil des Bundesgerichts vom 1. April 2011, 8C_73/2011, E. 4.1). Wenn der entscheidrelevante Sachverhalt ungenügend abgeklärt wurde, kann das Gericht die Angelegenheit zur ergänzenden Sachverhaltsermittlung und zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückweisen.

2.

In einem ersten Schritt ist die Frage zu beantworten, ob der medizinische Sachverhalt rechtsgenügend abgeklärt worden ist. Der Beschwerdeführer bestreitet die Beweiskraft des gastroenterologischen und psychiatrischen Gutachtens. Des Weiteren macht der Beschwerdeführer geltend, es hätte zusätzlich eine neurologische Begutachtung getätigt werden müssen. Gegen das übrige ZMB-Gutachten bringt er keine Mängel vor. Solche sind auch nicht ersichtlich.

2.1 Der Beschwerdeführer bemängelt am gastroenterologischen Teilgutachten, dass Dr. G.____ nur eingeschränkt Stellung genommen habe. Es fehle eine Beurteilung und ausführliche Zusammenfassung der Krankengeschichte, Therapieempfehlungen aus gastroenterologischer Sicht, Hinweise zur beruflichen Eingliederung, eine Stellungnahme zur Selbsteinschätzung des Versicherten bezüglich der Arbeitsfähigkeit, eine Stellungnahme zu früheren gastroenterologischen Einschätzungen bezüglich der Arbeitsfähigkeit sowie eine genügende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit/ Arbeitsunfähigkeit aus gastroenterologischer Sicht. Des Weiteren macht der Beschwerdeführer geltend, dass aufgrund des Umstandes, dass er vom 21. November bis 1. Dezember 2014, vom 8. bis 19. März 2015, vom 4. bis 9. Juni 2015 sowie vom 15. bis 16. Juni 2015 v.a. im Zusammenhang mit anhaltenden linksseitigen Oberbauchschmerzen im Spital J.____ hospitalisiert gewesen sei, diesbezüglich weitere Abklärungen hätten getätigt werden müssen (act. G 1 Ziff. IV/3.1 f.; act. G 12 Ziff. III/1.). Die Beschwerdegegnerin hingegen führt dazu aus, Dr. G.____ habe sich bei seiner



Beurteilung auf die im ZMB-Gutachten aufgeführten Vorakten und auch auf die ausführliche Anamnese abstützen können. In den Vorakten fänden sich keine Arztberichte, welche für die beklagten Oberbauchschmerzen ein körperliches Substrat nachwiesen, weshalb Dr. G.____ zu diesen Berichten keine Stellung habe nehmen müssen. Insgesamt sei das polydisziplinäre Gutachten ausführlich abgefasst und dessen Schlussfolgerungen zusammen mit der Arbeitsfähigkeitseinschätzung erschienen als begründet (act. G 7 Ziff. III/3.1).

2.1.1 Im gastroenterologischen Teilgutachten des ZMB wurde zusätzlich zur medizinischen Krankengeschichte und der ausführlichen Anamnese am Anfang des polydisziplinären Gutachtens (IV-act 114-4 bis 114-12) eine fachspezifische anamnestische Ergänzung festgehalten, in welcher die Symptomatik der Abdominalschmerzen unter dem linken Rippenbogen im linken oberen Quadranten zwar kurz, aber genügend dokumentiert ist. Zudem setzt sich Dr. G.____ auch mit den aktuellen Beschwerden auseinander (IV-act. 114-18). In den Vorakten wurde durchgehend, wie auch in der gastroenterologischen Begutachtung, ein Colon irritabile diagnostiziert (vgl. IV-act. 99 und 138-1 bis 138-18). Dr. G.____ ist somit durch eigene Untersuchungen zum gleichen Ergebnis gelangt. Damit erübrigte sich eine Beurteilung der vorgängigen Arztberichte oder eine intensivere Auseinandersetzung mit diesen.

2.1.2 Betreffend die geltend gemachte fehlende Therapieempfehlung ist festzuhalten, dass im gastroenterologischen Teilgutachten ausgeführt wurde, dass aufgrund der engen Assoziation zur Psychopathologie über eine adäquate Behandlung der Depression versucht werden müsse, die Schmerzsymptomatik des Colon irritabile auf ein erträgliches Mass zu modulieren (IV-act. 114-20). Im Konsens des polydisziplinären Gutachtens wird dann ausgeführt, dass bereits verschiedenste Therapieversuche durchgeführt worden seien und keine neuen Vorschläge gemacht werden könnten (IV-act. 114-29). Es ist somit ersichtlich, dass sich das gastroenterologische Teilgutachten sowie auch das polydisziplinäre Gutachten insgesamt mit dieser Thematik auseinandergesetzt haben.

2.1.3 Das gastroenterologische Gutachten äussert sich auch zur beruflichen Eingliederung. Es führt explizit aus, dass keine Anpassungen erfolgen müssten, da die Schmerzsymptomatik in keinem Zusammenhang mit der Ausübung des Berufes stehe



(IV-act. 114-20). Auch hier wird im Konsens ausgeführt, dass berufliche Massnahmen nicht empfohlen werden können (IV-act. 114-29).

2.1.4 Die fünf Arztberichte der Klinik B.____ vor dem gastroenterologischen Teilgutachten im Januar 2014 enthalten Angaben betreffend die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers. Nach den ersten vier Aufenthalten wurde immer wieder eine 100%ige Arbeitsfähigkeit attestiert. Im letzten Arztbericht vor dem Gutachten wurde dann bis auf weiteres eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit festgehalten (IV-act. 99 und 138-16). Das gastroenterologische Teilgutachten hält fest, dass die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers durch die Schmerzsymptomatik des Colon irritabile nicht wesentlich beeinflusst sei (IV-act. 114-19). In der Konsensbeurteilung wird dann weiter ausgeführt, dass selbst wenn man das Colon irritabile als nichtpsychosomatische Krankheit ansehen würde, keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für die zuletzt ausgeführte Tätigkeit bestehen würde (IV-act. 114-28). Es ist richtig, dass sich Dr. G.____ nicht explizit zur attestierten 100%igen Arbeitsunfähigkeit nach dem stationären Aufenthalt vom 21. August 2013 bis 10. Oktober 2013 geäussert hat. Diese Arbeitsunfähigkeit ist aber nicht aus gastroenterologischer Sicht aufgrund des Colon irritabile attestiert worden, weshalb sich Dr. G.____ auf seinem Fachgebiet zu dieser Arbeitsunfähigkeit auch nicht äussern musste. Selbiges gilt auch für die Arztberichte vom 20. März 2014 und 25. August 2014 der Klinik B.____, in welchen die Diagnose des Colon irritabile nicht einmal mehr aufgeführt ist. Des Weiteren fällt die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei Dr. G.____ relativ knapp aus. Er führt jedoch aus, dass die Schmerzsymptomatik des Colon irritabile in einem klaren Zusammenhang mit der Psychopathologie stehe und für sich allein genommen keinen grossen Krankheitswert darstelle, weshalb die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auch nicht wesentlich beeinflusst werde (IV-act. 114-19). Diese Ausführungen sind schlüssig und nachvollziehbar, weshalb auf die gutachterliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers aus gastroenterologischer Sicht abgestellt werden kann. Auch nach dem ZMB-Gutachten sind keine Hinweise auf eine Veränderung der attestierten vollen Arbeitsfähigkeit aus gastroenterologischer Sicht vorhanden.

2.1.5 Schliesslich führte auch der Arztbericht des Spitals J.____ vom 2. Dezember 2014 nach der Hospitalisation des Beschwerdeführers vom 21. November bis 1. Dezember 2014 aus, es sei auf weitere diagnostische Massnahmen verzichtet worden, da bei den



früheren Hospitalisationen niemals eine somatische Pathologie für die abdominellen Schmerzen habe festgestellt werden können (IV-act. 150).

2.1.6 Sodann ist festzuhalten, dass im vorliegenden Verfahren einzig der Gesundheitszustand bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung, d.h. bis 13. Februar 2015, zu überprüfen ist. Die Aufenthalte im Spital J.____ vom 8. bis 19. März 2015, vom 4. bis 9. Juni 2015 und vom 15. bis 16. Juni 2015 sind für das vorliegende Verfahren daher nicht relevant.

2.1.7 Insgesamt kann betreffend das gastroenterologische Teilgutachten kein Mangel festgestellt werden. Es ist nicht ersichtlich, dass Dr. G.____ den Beschwerdeführer nicht umfassend untersucht und sich eingehend mit den medizinischen Akten befasst hätte.

2.2 Der Beschwerdeführer beantragt das Einholen eines neurologischen Gutachtens. Es werde in verschiedenen Arztberichten festgehalten, dass er an Kopfschmerzen leide, welche hätten abgeklärt werden müssen (act. G 1 Ziff. IV/4.). Die Beschwerdegegnerin führt dazu aus, es hätten sich in den medizinischen Akten keine Hinweise für eine körperliche Ursache der vom Beschwerdeführer beklagten Kopfschmerzen finden können, weshalb das ZMB kein neurologisches Konsilium habe durchführen müssen (act. G 7 Ziff. III/3.1).

2.2.1 Der Beschwerdeführer hatte bereits in der ersten stationären Behandlung von April bis Mai 2012 in der Klinik B.____ geklagt, er leide seit längerem unter Kopfschmerzen. Zentral seien für den Beschwerdeführer jedoch die Abdominalbeschwerden gewesen, welche mit Besserung der Depression und unter medikamentöser Behandlung bei Austritt deutlich regredient gewesen seien (IV-act. 99-13 und 15). Bezüglich der Kopfschmerzen ist in den Akten nichts weiter ersichtlich. Beim vierten stationären Aufenthalt in der Klinik B.____ wurde im Arztbericht vom 5. Juli 2013 beschrieben, der Beschwerdeführer habe Schmerzen im linken Oberbauch, welche über den Brust- und Rückenraum in den Kopf steigen würden. Insgesamt wurde festgehalten, dass eine depressive Symptomatik mit im Vordergrund stehendem Schmerzsyndrom vor dem Hintergrund einer als belastend erlebten Arbeitsplatzsituation bestehe (IV-act. 99-2 und 4). Wiederum wurden die Kopfschmerzen unter das Schmerzsyndrom subsumiert. Auch beim nächsten



stationären Aufenthalt von August bis September 2013 wurde der vom Oberbauch ausstrahlende Schmerz bis in den Kopf festgehalten. Nach Umstellung der Medikation von Olanzipan auf Pregabalin sei eine Besserung erfolgt, die Bauchschmerzen seien erträglicher geworden (IV-act. 138-17 f.). Das ZMB-Gutachten vom 4. März 2014 hat in der Anamnese des Nervensystems Kopfschmerzen im rechten Hemikranium lokalisiert, welche von okzipital nach frontal ausstrahlten. Diese Kopfschmerzen würden durch Dafalgan behandelt. Weiter wurde eine Schwindelsymptomatik vor der Defäkation beschrieben (IV-act. 114-10). Auch im psychiatrischen Teilgutachten hat der Beschwerdeführer die Kopfschmerzen auf der rechten Kopfseite, welche er praktisch jeden Tage habe, genannt (IV-act. 114-22). Insgesamt scheinen die Kopfschmerzen gemäss den medizinischen Akten in Zusammenhang mit den beklagten Oberbauchschmerzen zu stehen, welche genügend abgeklärt wurden.

2.2.2 Beim nächsten stationären Aufenthalt von Januar bis März 2014 in der Klinik B.____ wurden durch den Beschwerdeführer wieder Kopfschmerzen sowie Schmerzen im Bauch und brennende Schmerzen in der Brust erwähnt. Die gastrointestinalen Beschwerden könnten durch die im Spital J.____ diagnostizierte mikroskopische Kolitis erklärt sein, zu den Kopfschmerzen gibt es keine weiteren Ausführungen (IV-act. 138-20 f.). Im Austrittsbericht der Klinik J.____ vom 2. Dezember 2014 sowie auch im Austrittsbericht des Spitals K.____ vom 4. Dezember 2014, in welchem der Beschwerdeführer zur Schmerztherapie war, wurde als Diagnose chronisch rezidivierende Kopfschmerzen, differentialdiagnostisch Spannungskopfschmerz/ Analgetika-induziert, genannt. Eine somatische Pathologie betreffend die Schmerzen habe aber nie nachgewiesen werden können. Auch unter Einsatz diverser Schmerzmittel sei es zu keiner symptomatischen Besserung gekommen (IV-act. 150). Gemäss Arztbericht von Dr. L.____ vom 21. Januar 2015 klage der Beschwerdeführer über starke Schmerzen unter dem linken Rippenbogen, welche Richtung linkes Schlüsselbein mit einem brennenden Charakter irradiieren würden, und über einen Tinnitus, welcher ihn kaum schlafen lasse und bei stärkerer Ausprägung in einen Kopfschmerz übergehe. Müsse sich der Beschwerdeführer konzentrieren, bekäme er nach einer halben Stunde Kopfschmerzen (IV-act. 143-4).

2.2.3 Zusammengefasst sind sowohl vor dem ZMB-Gutachten als auch danach keine Hinweise für eine weitere körperliche Ursache der geklagten Kopfschmerzen



ersichtlich. Es wurde mehrheitlich ausgeführt, es handle sich um eine depressive Symptomatik mit Schmerzsyndrom, worunter auch die Kopfschmerzen zu subsumieren sind. Zudem wurde als Differentialdiagnose ein Spannungskopfschmerz, welcher Analgetika-induziert sei, gestellt. Die Kopfschmerzen sind folglich genügend abgeklärt, weshalb kein neurologisches Gutachten notwendig war.

2.3 Des Weiteren ist festzuhalten, dass das polydisziplinäre Gutachten unter Berücksichtigung der damaligen bundesgerichtlichen Rechtsprechung zum Umgang mit somatoformen Schmerzstörungen und vergleichbaren Beschwerdebildern (BGE 130 V 352) erstellt wurde.

2.3.1 Die Praxis des Bundesgerichts hat sich betreffend die pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebilder ohne nachweisbare organische Grundlage erheblich geändert. Die Überwindbarkeitsvermutung und der sich an den Foersterkriterien orientierende Prüfungsrastrer wurden 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 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).

2.3.2 Im psychiatrischen Teilgutachten werden insbesondere Ausführungen betreffend die Foerster-Kriterien gemäss BGE 130 V 352 gemacht. So wird ausgeführt, es bestehe weder eine schwere körperliche noch eine schwerwiegende psychiatrische Komorbidität zum psychosomatischen Prozess. Selbstredend bestehe eine Erfolglosigkeit in therapeutischen Bemühungen, die, soweit sie auf somatischer Ebene erfolgen, weitgehend bei Psychogenie zum Scheitern verurteilt seien. Auch die psychiatrischen Hospitalisationen hätten bei der einfachen Strukturiertheit des



Beschwerdeführers und seiner mangelnden Introspektionsfähigkeit zu keinem Erfolg geführt. Es bestehe ein partieller aber nicht vollständiger Rückzug im sozialen Beziehungsnetz, er habe keine Hobbys mehr und verlasse das Haus nur in Begleitung seiner Ehefrau. Betreffend eines innerseelischen Prozesses im Sinne eines verfestigten, therapeutisch nicht mehr angehbaren innerseelischen Verlaufes einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn, Flucht in die Krankheit) könne aufgrund der mangelnden Introspektionsfähigkeit keine Aussage gemacht werden (IV-act. 114-25). In der Konsensbeurteilung des ZMB-Gutachtens wird ausgeführt, dem Beschwerdeführer könne insofern eine Willensanstrengung zugemutet werden, als dass er seine Gesundheit durch die Ausübung seiner alten Tätigkeit mit Sicherheit nicht gefährden würde (IV-act. 114-29). Den geänderten Anforderungen gemäss BGE 141 V 281 wird das ZMB-Gutachten damit nicht vollumfänglich gerecht. Insbesondere im psychiatrischen Teilgutachten fehlt es an einer umfassenden Ressourcen- und insbesondere einer Konsistenzprüfung. Ressourcen sind beim Beschwerdeführer wohl kaum noch vorhanden, da schon verschiedenste auch stationäre Therapien ohne anhaltenden Erfolg durchgeführt wurden. Als fehlende Ressourcen zu berücksichtigen sind auch die mangelnde Introspektionsfähigkeit und einfache Strukturiertheit des Beschwerdeführers. Auch Dr. L. ___ hielt in seinem nach dem Gutachten erstellten Arztbericht vom 21. Januar 2015 fest, dass der Beschwerdeführer kaum Ressourcen habe, die man aktivieren könne (vgl. IV-act 143).

2.3.3 Insgesamt lässt sich aus dem Gutachten nicht herleiten, ob die Sachverständigen dieselbe Arbeitsfähigkeitsschätzung abgegeben hätten, wenn sie sich nicht am BGE 130 V 352, sondern am BGE 141 V 281 orientiert hätten. Das Gutachten der ZMB ist folglich ergänzungsbedürftig.

2.3.4 Schliesslich macht der Beschwerdeführer geltend, seit dem Gutachtenszeitpunkt habe sich sein Gesundheitszustand in psychiatrischer Hinsicht wesentlich verschlechtert. Gemäss psychiatrischem Teilgutachten ist die Diagnose der anhaltenden somatoformen autonomen Funktionsstörung des oberen Verdauungssystems mit einem Colon irritabile und einer hypochondrischen Symptomatik sowie dissoziativer Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen gestellt und eine 100%ige Arbeitsfähigkeit festgestellt worden (act. G 1 Ziff. IV/5. und 5.1).



2.3.5 Zu beachten ist zunächst, dass es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits nicht zulässt, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden medizinischen Fachpersonen zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden medizinischen Fachpersonen wichtige - und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende - Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des Bundesgerichts vom 27. Mai 2008, 9C_24/2008, E. 2.3.2 mit Hinweisen).

2.3.6 Der Arztbericht der Klinik B.____ vom 20. März 2014 hielt aus psychiatrischer Sicht eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung und eine generalisierte Angststörung fest. Die vorbekannte somatoforme Schmerzstörung habe zugenommen (IV-act. 138-19 bis 138-21). Dieselben Diagnosen wurden bereits im Arztbericht der Klinik B.____ vom 24. Oktober 2013, vor dem ZMB-Gutachten, gestellt. Bei Austritt hätten sich die Angst und depressive Symptomatik deutlich gebessert und die somatoformen Schmerzen im Oberbauch hätten nachgelassen (vgl. IV-act. 138-16 bis 138-18). Nach der stationären Behandlung von August bis Oktober 2013 wurde somit eine Verbesserung festgestellt und bei der nächsten stationären Behandlung von Januar bis März 2014 wieder eine Verschlechterung.

2.3.7 Im Arztbericht der Klinik B.____ vom 25. August 2014 wurden eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung und eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome diagnostiziert (IV-act. 138-27 ff.). Im Verhältnis zum psychiatrischen Teilgutachten, in welchem keine depressive Störung diagnostiziert wurde, ist dies eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes aus psychiatrischer Sicht. In der RAD-Stellungnahme vom 12. Februar 2015 wird dazu ausgeführt, dass im Gutachten die schwere depressive Episode sowohl in der Würdigung der Aktenlage als auch in der Beurteilung abgehandelt worden sei - sie sei als sekundär depressives Symptom bei schwieriger sozialer, psychologischer Situation und naturgemäss auch bei deutlich vorhandener psychosomatischer Symptomatik beurteilt worden (IV-act. 145-3). Die anhaltende somatoforme Schmerzstörung (vgl. IV-act. 138-16) und die



wiederholt auftretenden schweren depressiven Episoden ohne psychotische Symptome (vgl. IV-act. 99) bestanden ohne Zweifel schon vor dem Gutachtenszeitpunkt. Jedoch wird im obigen Arztbericht auch ausgeführt, bei Eintritt des Beschwerdeführers in die Klinik B.____ am 30. Juni 2014 sei die Psychomotorik und der Antrieb vermindert gewesen, der Beschwerdeführer sei im Affekt deutlich niedergestimmt und kaum schwingungsfähig gewesen. Es sei eine Affektstarre beobachtbar gewesen (IV-act. 138-28). Auch Dr. L.____ berichtete in seinem Arztbericht vom 21. Januar 2015 von einer reduzierten Auffassung und Konzentration und einer eingeschränkten Schwingungsfähigkeit (vgl. IV-act. 143). Zudem führt der RAD selbst in seiner Stellungnahme vom 12. Februar 2015 aus, dass seit dem Sommer 2014 eine stärkere Ausprägung der depressiven Symptome bezüglich der kognitiven Einschränkungen und Affektstarre beschrieben worden sei. Jedoch könne bei depressiven Symptomen eine Therapierbarkeit und zeitliche Limitierung bzw. eine Reduktion der Symptome innert nützlicher Frist erwartet werden (IV-act. 145-3). Die IV-Stelle hat sich ohne weitere Abklärung in ihrer rentenverneinenden Verfügung auf diese Stellungnahme des RAD abgestützt.

2.3.8 Insgesamt sind vor Erlass der angefochtenen Verfügung in zwei Arztberichten (vgl. IV-act. 138-27 ff.; IV-act. 143) objektiv feststellbare Gesichtspunkte vorgebracht worden, welche geeignet sind, zu einer vom Gutachten abweichenden Beurteilung zu führen. Zwar hat der RAD in seiner Stellungnahme vom 12. Februar 2015 ausgeführt, beim Beschwerdeführer sei es seit dem Gutachtenszeitpunkt trotz der erneut aufgetretenen depressiven Symptomatik insgesamt zu keiner dauerhaften und IV-relevanten Verschlechterung des Gesundheitszustandes gekommen, da diese Symptomatik im Gutachten bereits berücksichtigt und bewertet worden sei. Allerdings hat der RAD auch explizit festgehalten, dass seit dem Sommer 2014 eine stärkere Ausprägung der depressiven Symptomatik beschrieben worden sei (vgl. IV-act. 145-3). Ohne weitere eigene Abklärungen ist der RAD von einer Therapierbarkeit und zeitlichen Limitierung dieser Verschlechterung ausgegangen. Damit wurde der Untersuchungsgrundsatz verletzt. Im Rahmen der Ergänzung des ZMB-Gutachtens wird auch zur Frage, ob nach der Begutachtung eine Verschlechterung in psychiatrischer Hinsicht eingetreten ist, Stellung zu nehmen sein.

3.



Da sich gestützt auf die vorliegenden medizinischen Akten die Indikatoren hinsichtlich funktionellem Schweregrad und Konsistenz der funktionellen Auswirkungen der somatoformen Erkrankung des Beschwerdeführers nicht abschliessend beurteilen lassen und eine bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung eingetretene Verschlechterung des Gesundheitszustandes möglich erscheint, ist das vorliegende ZMB-Gutachten ergänzungsbedürftig. Daher ist die Beschwerde teilweise gutzuheissen und die Verfügung vom 13. Februar 2015 aufzuheben. Die Sache ist zur ergänzenden Begutachtung vor allem in psychiatrischer Hinsicht und zu neuer Verfügung im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Dazu wird die Beschwerdegegnerin auch den noch ausstehenden Arztbericht der Klinik B.____ vom 4. Februar 2015 betreffend den achten stationären Aufenthalt des Beschwerdeführers vom 3. Dezember 2014 bis 9. Januar 2015 beizuziehen haben. Selbst wenn die Abklärungen ergeben sollten, dass keine Therapieresistenz bzw. keine Arbeitsunfähigkeit besteht, wird zu prüfen sein, ob angesichts der häufigen stationären Aufenthalte allenfalls ein befristeter Rentenanspruch besteht.

4.

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 vorliegenden Angelegenheit als angemessen. Die Rückweisung zur Neubeurteilung gilt praxismässig als volles Obsiegen (BGE 132 V 215 E. 6.2). Somit unterliegt die Beschwerdegegnerin vollumfänglich. Sie hat die gesamte Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen.

4.2 Die obsiegende beschwerdeführende Partei hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Die Parteienschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG). In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b Honorarordnung (HonO; sGS 963.75) pauschal Fr. 1'000.-- bis Fr. 12'000.--.



St.Galler Gerichte

4.2.1 Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat am 22. Oktober 2015 eine Honorarnote eingereicht, worin er eine Parteientschädigung von Fr. 3'931.20 (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) geltend macht (act. G 17.1).

4.2.2 Vorweg ist darauf hinzuweisen, dass nicht der geltend gemachte, sondern nur der notwendige Aufwand zu entschädigen ist (Urteil des Bundesgerichts vom 25. Februar 2009, 8C_140/2008, E. 11.4 mit Hinweisen). Bei einer Rechtsvertretung im gesamten Beschwerdeverfahren wird in vergleichbaren invalidenversicherungsrechtlichen Fällen praxismässig eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) gesprochen (vgl. etwa Entscheid des Versicherungsgerichts vom 25. März 2013, IV 2011/89, E. 4.3).

4.2.3 Mit Blick auf den zu beurteilenden Sachverhalt und die sich stellenden Fragen kann von einem durchschnittlichen Fall gesprochen werden, der einen erfahrenen Anwalt nicht vor besondere Schwierigkeiten stellt. Die Akten und die Beschwerdeantwort (act. G 7) waren nicht umfangreich.

4.2.4 Der Bedeutung der Streitsache und dem notwendigen Aufwand angemessen erscheint deshalb eine Parteientschädigung von pauschal Fr. 3'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer). Ein weitergehender Aufwand kann nicht entschädigt werden. Bei diesem Prozessausgang erübrigt sich die Festlegung einer Entschädigung aus der gewährten unentgeltlichen Rechtsverteidigung.

Entscheid

1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung vom 13. Februar 2015 aufgehoben. Die Sache wird zur ergänzenden Begutachtung und zu neuer Verfügung im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.

2.

Die Beschwerdegegnerin bezahlt eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.--.



3.

Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.