



**Fall-Nr.:** IV 2017/18  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 06.05.2020  
**Entscheiddatum:** 04.03.2019

### **Entscheid Versicherungsgericht, 04.03.2019**

**Art. 28 IVG. Rentenanspruch. Wiederanmeldung. Beweismwürdigung der Gutachten. Gutachterlich bescheinigte 100%ige Arbeitsfähigkeit in leidensadaptierter Tätigkeit beweiskräftig. Verwertbarkeit bejaht. Abweisung (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 4. März 2019, IV 2017/18).**

#### **Entscheid vom 4. März 2019**

Besetzung

Versicherungsrichterinnen Michaela Machleidt Lehmann (Vorsitz) und

Marie-Theres Rüegg Haltinner, Versicherungsrichter Joachim Huber; a.o.  
Gerichtsschreiberin Simone Scherrer

Geschäftsnr.

IV 2017/18

Parteien

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

**Beschwerdeführer,**

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Robert Baumann, Advokatur

Robert Baumann AG, Waisenhausstrasse 17, Postfach, 9001 St. Gallen,



## St.Galler Gerichte

gegen

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

**Beschwerdegegnerin,**

Gegenstand

**Rente**

**Sachverhalt**

A.

A.a A.\_\_\_\_ (nachfolgend Versicherter) meldete sich am 4. November 2011 aufgrund einer Schulterproblematik rechts zum Bezug von IV-Leistungen an (IV-act. 1). Dr.med. B.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Allgemeinmedizin, St. Gallen stellte ab dem 24. Januar 2011 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit fest (IV-act. 5). Am 14. März 2011 diagnostizierte Dr.med. C.\_\_\_\_, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, ein ausgeprägtes subacromiales Impingement der rechten Schulter sowie einen positiven Muskeltriggerpunkt des Infraspinatus; Status 20 Jahre nach Osteosynthese einer distalen Humerusfraktur rechts. Als diagnostische und therapeutische Massnahme nahm er eine subacromiale Infiltration unter bildgebendem Verfahren vor (IV-act. 15-1 und 6-3). Am 17. August 2011 operierte Dr. C.\_\_\_\_ den Versicherten, wobei er durch eine Arthroskopie an der rechten Schulter eine Acromioplastik sowie eine Resektion der Bursa subacromialis/subdeltoidea vornahm (IV-act. 15-2 und 6-1). Nach einer weiteren subacromialen Infiltration unter bildgebendem Verfahren am 4. November 2011 schlugen Dr. C.\_\_\_\_ und Dr.med. D.\_\_\_\_, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, dem Versicherten eine zweite Schultergelenksarthroskopie mit Narbenlösung und Narkosemobilisation vor (IV-act. 15-2 f.). Am 21. Februar 2012 nahm Dr. D.\_\_\_\_ eine Schulterarthroskopie, eine intraartikuläre Synovectomie und eine subacromiale Dekompression mit Nachresektion des Acromiosporns vor. Gleichzeitig wurde eine Sehnenbiopsie entnommen und die Supraspinatussehne mittels Corkscrew-Anker rekonstruiert (IV-act. 17-1). Gemäss Verlaufsbericht vom 9. Juli 2012 erfolgte am 21.



## St.Galler Gerichte

Mai 2012 erneut eine Infiltration der rechten Schulter unter bildgebendem Verfahren, wonach die Grundscherzen deutlich nachliessen. Am 22. Juni 2012 klagte der Versicherte erstmals über akute starke Kopfschmerzen. Im Rahmen dieser Besprechung zwischen dem Versicherten und Dr. D.\_\_\_\_ empfahl letzterer einen Arbeitsversuch im Umfang von 25% (leichte Arbeit halbtags) (IV-act. 26).

A.b Ab dem 9. Juli 2012 attestierte Dr. B.\_\_\_\_ dem Versicherten eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit und darauffolgend vom 22. August 2012 bis 30. November 2012 wieder eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (IV-act. 40). Am 14. September 2012 kündigte der Versicherte das Arbeitsverhältnis per 30. November 2012 selbst (IV-act. 33-2). Dr. B.\_\_\_\_ attestierte dem Versicherten eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit ab dem 1. Dezember 2012 (IV-act. 40-1). Der Versicherte meldete sich entsprechend per 1. Dezember 2012 beim Regionalen Arbeitsvermittlungszentrum (RAV) und der Arbeitslosenkasse an (IV-act. 37). Am 23. Januar 2013 teilte die IV-Stelle des Kantons St. Gallen dem Versicherten mit, dass das Leistungsbegehren um eine berufliche Massnahme abgewiesen werde. Gemäss den Abklärungen sei er in einer adaptierten Tätigkeit 100% arbeitsfähig. Demnach leide er nicht an gesundheitsbedingten Einschränkungen, welche die Stellensuche beeinträchtigen würden (IV-act. 49).

A.c Am 8. April 2013 erliess die IV-Stelle den Vorbescheid und sprach dem Versicherten eine befristete ganze Rente vom 1. Mai 2012 bis 28. Februar 2013 zu (IV-act. 56). Da der Versicherte keinen Einwand erhob, wurde am 21. Juni 2013 die Verfügung über die Rentenzusprache erstellt (IV-act. 62).

B.

B.a Am 4. Juli 2013 stellte der Versicherte bei der IV-Stelle einen neuen Antrag auf eine Rente (IV-act. 58). Mit Vorbescheid vom 30. Oktober 2013 trat die IV-Stelle nicht auf das Gesuch ein. Der Versicherte lege nicht glaubhaft dar, dass sich die tatsächlichen Verhältnisse nach der Zusprache der befristeten ganzen Rente am 21. Juni 2013 in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hätten (IV-act. 70).



## St.Galler Gerichte

B.b Mit Einwand vom 1. Dezember 2013 brachte der Versicherte vor, die Schmerzen in der rechten Schulter und im oberen rechten Rückenbereich hätten sich weiterhin stark verschlechtert (IV-act. 71). Mit Verfügung vom 8. Januar 2014 hielt die IV-Stelle an ihrem Entscheid fest. Mit dem Einwand nenne der Versicherte keine neuen medizinischen Fakten (neue Befunde oder Diagnosen), welche eine objektivierbare Veränderung des Gesundheitszustandes nachweisen würden (IV-act. 72).

B.c Mit Beschwerde vom 4. Februar 2014 beantragte der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt Robert Baumann, die Aufhebung der Verfügung vom 8. Januar 2014 (IV-act. 79). Am 24. Oktober 2014 hiess das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen die Beschwerde gut, hob die Verfügung vom 8. Januar 2014 auf und wies die Sache zur Behandlung der Wiederanmeldung vom 4. Juli 2013 an die IV-Stelle zurück (IV-act. 99).

C.

C.a Im Verlaufsbericht vom 15. Januar 2015 gab Dr. B.\_\_\_\_ an, die Beschwerden würden seit mehreren Jahren bestehen. Bei den Beschwerden, welche die Arbeitsfähigkeit beeinflussen würden, handle es sich um paracapsuläre Restbeschwerden nach der Schulterarthroskopie mit Dekompression rechts vom 17. August 2011 und der Schulterarthroskopie rechts vom 21. Februar 2012 mit Synovektomie, subacromialer Nachresektion Acromion und Rekonstruktion der Supraspinatussehne bei Partialruptur. Dazu kämen chronische Schmerzen im Nacken und Arm rechts, bei einer Radikulopathie C5/6 rechts mit chronischer neurogener Veränderung im EMG des Musculus biceps rechts. Der Arzt, der diese Diagnose 20 Jahre nach einer Plattenosteosynthese einer distalen Humerusfraktur rechts (1991) mit klinischem Rotationsfehler stellte, hielt fest, dass der Versicherte nicht mehr in der Lage sei, die bisherige Tätigkeit (Event- und Messebau) auszuüben (IV-act. 106). Für die Ausführung einer theoretischen leidensadaptierten Tätigkeit, bei welcher keine Gewichte getragen werden müssten und die auch nicht repetitiv und häufig durchgeführt würde, der Versicherte keiner wesentlichen Zug-, Druck- und Vibrationsbelastung ausgesetzt wäre und die nicht über Brusthöhe ausgeführt werden müsste, könne die Arbeitsfähigkeit möglicherweise verbessert werden (Bericht vom 28. Januar 2015, IV-act. 112). Die weiteren Berichte enthielten keine wesentlich anderen



## St.Galler Gerichte

Diagnosen (vgl. Berichte von Dr.med. E.\_\_\_\_ und Dr.med. F.\_\_\_\_, IV-act. 113; Dr.med. G.\_\_\_\_, IV-act. 114; Dr.med. H.\_\_\_\_, IV-act. 115).

C.b Nach Einholen sämtlicher Arztberichte empfahl der Regionale Ärztliche Dienst der Invalidenversicherung (nachfolgend: RAD) am 22. Juli 2015 eine bidisziplinäre (orthopädisch-psychiatrische) Begutachtung, um den medizinischen Sachverhalt zu klären und die Arbeitsfähigkeit in leidensadaptierter Tätigkeit einzuschätzen. Die IV-Stelle erteilte den Gutachtensauftrag der SMAB AG Swiss Medical Assessment- and Business-Center (nachfolgend: SMAB AG; IV-act. 133 und 134).

C.c Im bidisziplinären Gutachten der SMAB AG vom 30. Oktober 2015 wurde eine Belastungsminderung des rechten Schultergelenks bei leicht- bis mittelgradiger Funktionseinschränkung nach zweimaliger Arthroskopie, subacromialer Dekompression (08/2011 und 02/2012) sowie ein chronisch rezidivierendes cervicospondylogenes Schmerzsyndrom bei neurologisch gesicherter Radiculopathie C6 rechts mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostiziert. Als Diagnose ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit bestünden Anpassungsstörungen, eine längere depressive Reaktion, ein Cannabisabusus, vor allem emotional-instabile Persönlichkeitszüge und Untergewicht bei einem BMI 18.5 kg/m<sup>2</sup> (IV-act. 141-11). Im Hinblick auf die Arbeitsfähigkeit werde aus orthopädischer Sicht eingeschätzt, dass der Versicherte aufgrund der genannten Beschwerden in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit arbeitsunfähig sei. Die Arbeitsfähigkeit sei in leidensadaptierter Tätigkeit nicht eingeschränkt. In psychiatrischer Hinsicht liege eine behandlungsbedürftige auch mit dem Leidensdruck verbundene psychische Erkrankung vor, eine quantitative Verminderung der Arbeitsfähigkeit ergebe sich daraus jedoch nicht (IV-act. 141-11 f.).

C.d Mit Vorbescheid vom 5. Januar 2016 stellte die IV-Stelle dem Versicherten in Aussicht, dass er keinen Anspruch auf eine IV-Rente habe. In einer dem Leiden angepassten Tätigkeit bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (körperlich leichte und mittelschwere Tätigkeit mit Heben und Tragen von Lasten bis zu 15 kg, ständig im Stehen, Gehen und Sitzen, IV-act. 145).

C.e Dagegen erhob der Rechtsvertreter des Versicherten am 9. Februar 2016 Einwand und reichte einen Bericht und eine Stellungnahme zum psychiatrischen Gutachten von



med.pract. J.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 3. Februar 2016, ein Schreiben des Versicherten sowie einen Bericht von Dr. B.\_\_\_\_ ein (IV-act. 146). Der RAD kam am 11. April 2016 zum Schluss, dass durch den Einwand ein veränderter Gesundheitszustand glaubhaft gemacht worden sei und die Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit ab dem 20. Januar 2016 (Behandlungsbeginn bei med.pract. J.\_\_\_\_) offen sei. Die versicherungsmedizinische Relevanz einer möglichen Änderung könne nur durch eine neuerliche Verlaufsdagnostik beurteilt werden (IV-act. 147-2). Im Folgegutachten vom 2. Juni 2016 stellte der psychiatrische SMAB-Gutachter fest, dass das Krankheitsbild weitgehend der Situation bei der ersten Begutachtung (Untersuchung) im September 2015 entspreche. Dabei könne er die Diagnose von med.pract. J.\_\_\_\_, einer schweren depressiven Episode, nicht bestätigen. Für die Zeit zwischen der ersten und zweiten Begutachtung sei nicht ausgeschlossen, dass eine stärker ausgeprägte und gegebenenfalls auch arbeitsunfähigkeitsrelevante Symptomatik bestanden habe; aktuell (Zeitpunkt der zweiten Begutachtung vom 24. Mai 2016) liege diese aber eindeutig nicht mehr vor. Der Gesundheitszustand sei gegenüber der ersten psychiatrischen Begutachtung vom 16. September 2015 nicht verändert (IV-act. 156-12 f.). Das Teilgutachten datiert vom 3. Oktober 2016, die Untersuchung fand am 16. September 2015 statt (IV-act. 141-27).

C.f Gestützt auf die jüngsten medizinischen Abklärungen erliess die IV-Stelle am 20. Juli 2016 einen neuen Vorbescheid (IV-act. 162). Am 20. September 2016 erhob der Rechtsvertreter des Versicherten Einwand und legte Arztberichte von med.pract. J.\_\_\_\_ vom 15. September 2016 und von Dr.med. K.\_\_\_\_, Innere Medizin und Rheumatologie FMH, vom 19. Mai 2016 sowie ein Schreiben des Versicherten vom 19. Juli 2016 bei (IV-act. 163). Gemäss Angaben des RAD vom 11. Oktober 2016 habe sich durch den Einwand und die neuen Arztberichte keine neue Sachlage ergeben. Durch weitere medizinische Abklärungen sei keine höhere Aussagesicherheit zu erwarten (IV-act. 164). Die IV-Stelle kam zum Schluss, dass kein Anspruch auf eine Invalidenrente bestehe und erliess am 12. Dezember 2016 die entsprechende Verfügung (IV-act. 167).

D.

D.a Gegen diese Verfügung richtet sich die durch den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers eingereichte Beschwerde vom 11. Januar 2017 (Poststempel) mit



dem Antrag, die angefochtene Verfügung der Beschwerdegegnerin sei vollumfänglich aufzuheben. Dem Beschwerdeführer sei mit Wirkung ab wann rechtens, allerspätestens jedenfalls ab dem 1. Januar 2014, eine ganze Invalidenrente zuzusprechen und auszurichten. Eventualiter sei in Aufhebung der angefochtenen Verfügung die Streitsache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese weitere medizinische Abklärungen sowie eine Neuurteilung und Neufestsetzung der Leistungsansprüche vornehme. Subeventualiter seien dem Beschwerdeführer Eingliederungsmassnahmen zu gewähren. Das Gutachten der SMAB AG, gemäss welchem der Beschwerdeführer für angepasste Tätigkeiten zu 100% arbeitsfähig sei, sei in verschiedener Hinsicht zu beanstanden. In Bezug auf die psychischen Leiden sei von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen, wie dies med.pract. J.\_\_\_\_ im Bericht vom 3. Februar 2016 festgestellt habe. In Bezug auf die somatischen Leiden sei angesichts der im Bericht des Rheumatologen Dr. K.\_\_\_\_ vom 19. Mai 2016 gestellten Diagnosen nicht nachvollziehbar, weshalb der Beschwerdeführer gemäss orthopädischem SMAB-Gutachten für die Ausübung einer leidensadaptierten Tätigkeit in der Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt sein sollte. Die unzutreffende Arbeitsunfähigkeitseinschätzung des SMAB-Gutachters müsse durch die Feststellungen von Dr. K.\_\_\_\_ als widerlegt betrachtet werden. Des Weiteren sei unter Berücksichtigung sämtlicher Kriterien ein Abzug vom Tabellenlohn im Maximalbereich, nämlich 25%, zu gewähren (act. G 1).

D.b Mit Beschwerdeantwort vom 16. März 2017 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Es gebe keine Hinweise, dass der Beschwerdeführer durch den Gutachter nicht ausführlich und kompetent untersucht worden sei. Auch Zeichen von Befangenheit oder gar Respektlosigkeit gegenüber dem Beschwerdeführer seien im SMAB-Gutachten nicht zu finden. Die Berichte von med.pract. J.\_\_\_\_ würden nicht überzeugen. Der Bericht des Rheumatologen enthalte keine Aspekte, welche die SMAB AG nicht gewürdigt habe. Die Arbeitsfähigkeitseinschätzung von Dr. B.\_\_\_\_ im Bericht vom 19. Januar 2016 würde nicht überzeugen. Weitere medizinische Abklärungen seien entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers nicht angezeigt. Die angefochtene Verfügung sei rechtmässig (act. G 4).



D.c Mit Replik vom 26. April 2017 wiederholt der Beschwerdeführer im Wesentlichen seine Ausführungen betreffend Objektivität des SMAB-Gutachtens und Feststellungen in den Berichten von med.pract. J.\_\_\_\_. Aufgrund dieser Umstände sei am SMAB-Gutachten zu zweifeln und weitere medizinische Abklärungen vorzunehmen. Gleiches würde für die somatischen Feststellungen im SMAB-Gutachten gelten, woran aufgrund des rheumatologischen Berichts von Dr. K.\_\_\_\_ zu zweifeln sei (act. G 7).

### Erwägungen

1.

Zwischen den Parteien umstritten und nachfolgend zu prüfen ist der vom Beschwerdeführer am 4. Juli 2013 (wieder) angemeldete Rentenanspruch (IV-act. 58).

1.1 Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) umschreibt Invalidität als voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist der durch die gesundheitliche Beeinträchtigung verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende 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 (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Demgegenüber ist gemäss Art. 6 ATSG Arbeitsunfähigkeit die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt.

1.2 Nach Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) haben Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können, Anspruch auf eine Rente (lit. a), wenn sie während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu



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

1.3 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).

1.4 Um den Grad der Arbeitsunfähigkeit und gestützt darauf die Erwerbsunfähigkeit bzw. Invalidität bemessen zu können, sind Verwaltung und Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe der ärztlichen Sachverständigen 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 mit Hinweisen). Unter Berücksichtigung des Grundsatzes der freien Beweiswürdigung hat das Gericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist deshalb allein 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 des Experten begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a). Je mehr ein Gutachten von diesen Qualitätsanforderungen abweicht, desto kleiner ist sein Beweiswert (GABRIELA RIEMER-KAFKA [Hrsg.], Versicherungsmedizinische Gutachten, 2007, S. 20).

2.



Die Beschwerdegegnerin stützte sich in der angefochtenen Verfügung (IV-act. 167) auf die Arbeitsfähigkeitseinschätzungen der SMAB AG im Gutachten vom 30. Oktober 2015 (IV-act. 141) sowie im Folgegutachten vom 2. Juni 2016 (IV-act. 156). Der Beschwerdeführer hält beide Gutachten für nicht beweiskräftig (act. G 1).

### 2.1

2.1.1 Der Beschwerdeführer rügt, das erste psychiatrische Teilgutachten der SMAB AG vom 30. Oktober 2015, erstellt von Dr.med. L.\_\_\_\_, erfülle die Anforderungen an ein psychiatrisches Gutachten im Sinne der neusten Rechtsprechung des Bundesgerichts nicht. Sodann sei von ganz zentraler Bedeutung, dass die Beurteilung durch Dr. L.\_\_\_\_ die nötigen Voraussetzungen betreffend Objektivität und Neutralität ganz offensichtlich nicht erfülle (act. G 1 S. 7). Entgegen der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit von Dr. L.\_\_\_\_ und der Beschwerdegegnerin sei von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit aufgrund psychischer Leiden auszugehen. Med.pract. J.\_\_\_\_ stelle im Bericht vom 3. Februar 2016 die Diagnose der schwergradigen depressiven Episode sowie der nicht näher bezeichneten organischen oder symptomatischen psychischen Störung, mit Hinweisen auf eine etwas eingeschränkte Intelligenz, aber ohne Hinweise auf eine Intelligenzminderung. Die Erkrankung habe sich in der Zeit nach dem 16. September 2015 (nach der Untersuchung des SMAB-Psychiaters) entwickelt, wodurch der Beschwerdeführer im Laufe der Zeit immer stärker in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt gewesen sei. Die prognostische Einschätzung von Dr. L.\_\_\_\_, dass sich eine stärker ausgeprägte, über eine Anpassungsstörung hinausgehende depressive Symptomatik entwickeln könnte, habe sich verwirklicht. Med.pract. J.\_\_\_\_ zeige anhand der Kriterien in ICD-10 auf, weshalb eine depressive Episode vorgelegen habe. Er erachte die Beurteilung einer Prognose als sehr schwierig, sodass im Zeitpunkt der Erstellung seines Berichts mittelfristig von einem in psychiatrischer Hinsicht unveränderten Gesundheitszustand ausgegangen werden müssen, mithin die Voraussetzungen für die Zusprache einer Rente gegeben gewesen seien (act. G 1 S. 5 f.).

2.1.2 Aufgrund des Berichts von med.pract. J.\_\_\_\_ ordnete die Beschwerdegegnerin ein psychiatrisches Folgegutachten an, welches von Dr. L.\_\_\_\_ am 2. Juni 2016 erstellt wurde (vgl. IV-act. 156-1 bis 23). Der Beschwerdeführer bringt vor, es sei zu erwarten gewesen, dass Dr. L.\_\_\_\_ an seiner Beurteilung, Diagnosestellung und



Arbeitsunfähigkeitseinschätzung festhalten würde. Med.pract. J.\_\_\_\_ begründe in der weiteren Stellungnahme vom 15. September 2016 detailliert, weshalb er eine andere psychiatrische Diagnose erhoben habe und eine völlig andere Arbeitsunfähigkeitseinschätzung als Dr. L.\_\_\_\_ vornehme. Daraus ergebe sich zwingend, dass die Diagnosestellung und Arbeitsunfähigkeitseinschätzung von Dr. L.\_\_\_\_ nicht massgebend, weil schlechterdings nicht möglich seien. Der Beschwerdeführer habe sich vom Gutachter belächelt und respektlos behandelt gefühlt, was er in seinem Schreiben vom 29. Mai 2016 (vgl. IV-act. 163-24) dargelegt habe. In der Stellungnahme vom 19. Juli 2016 (vgl. IV-act. 163-29 f.) stelle der Beschwerdeführer entgegen den Angaben im Folgegutachten richtig, dass er sich selbst nie zu 100% arbeitsfähig betrachtet habe, und sich auch nie in diese Richtung geäussert habe (act. G 1 S. 8 f.). Die Feststellungen im orthopädischen SMAB-Gutachten seien durch die Feststellungen von Dr. K.\_\_\_\_ als widerlegt zu betrachten (vgl. Bericht von Dr. K.\_\_\_\_, IV-act.156-27 bis 30). Gemäss dem Bericht von Dr. B.\_\_\_\_ sei der Beschwerdeführer ganz klar vermindert leistungsfähig (vgl. IV-act. 146-23 f.) Es bestünden deshalb Zweifel an der Zuverlässigkeit des orthopädischen Teilgutachtens der SMAB AG (act. G 1 S. 11).

2.2 Das Gesamtgutachten vom 30. Oktober 2015 enthält eine umfassende Darstellung der Vorakten. Darunter befinden sich die Berichte des Hausarztes Dr. B.\_\_\_\_ und der Ärzte Dr. C.\_\_\_\_ und Dr. D.\_\_\_\_ der Orthopädie St. Gallen, Dr. E.\_\_\_\_ und Dr. F.\_\_\_\_, Dr. G.\_\_\_\_ sowie Dr. H.\_\_\_\_ des Kantonsspitals St. Gallen. Der Beschwerdeführer wurde bis zu diesem Zeitpunkt nicht psychiatrisch behandelt oder untersucht, weshalb keine diesbezüglichen Unterlagen vorgelegen haben (vgl. IV-act. 112 sowie 141-4 bis 10).

2.2.1 Hinsichtlich der somatischen Beschwerden stellte der SMAB-Gutachter Dr.med. M.\_\_\_\_ im orthopädisch-traumatologischen Gutachten die gleichen Diagnosen wie die anderen Ärzte, welche den Beschwerdeführer untersuchten (vgl. SMAB-Gutachten IV-act. 141-11 bis 26, Berichte des Kantonsspitals St. Gallen IV-act. 113 bis 115). Der Beschwerdeführer stellt die orthopädisch-traumatologischen gestellten Diagnosen nicht in Frage, beanstandet jedoch die daraus abgeleitete Beurteilung der Arbeitsfähigkeit. Er stützt sich im Besonderen auf den Bericht des Rheumatologen Dr. K.\_\_\_\_ vom 19. Mai 2016, der im Bereich der Schulter ein cervico-thoraco-brachiales Syndrom rechts, klinisch vorwiegend muskulär, und eine Chronifizierung der Beschwerden diagnostizierte (IV-act. 156-27 bis 30). Dr. M.\_\_\_\_ diagnostizierte eine



Belastungsminderung des rechten Schultergelenkes bei leicht- bis mittelgradiger Funktionseinschränkung nach zweimaliger Arthroskopie, subacromialer Dekompression 08/2011 und 02/2012 sowie ein chronisch rezidivierendes cervicospondylogenes Schmerzsyndrom bei neurologisch gesicherter Radiculopathie C6 rechts (vgl. IV-act. 141-11 und 23). Dr. K.\_\_\_\_ machte keine Angaben zur resultierenden Arbeitsfähigkeit und hatte ausserdem keine Kenntnis der Resultate früherer Untersuchungen (vgl. IV-act. 156-27 bis 30). Er setzte sich dementsprechend nicht mit den Diagnosen und der Arbeitsfähigkeitseinschätzung des SMAB-Gutachters oder der anderen Ärzte auseinander. Im Zusammenhang mit den weiteren Ausführungen im Bericht von Dr. K.\_\_\_\_ sowie im SMAB-Gutachten ergeben sich Übereinstimmungen hinsichtlich der Beweglichkeit des rechten Arms sowie der Ausbildung der Muskulatur im Schulterbereich (vgl. IV-act. 141-21 und 24; IV-act. 159-29). Beide Ärzte stellten Einschränkungen in der Beweglichkeit des rechten Schultergelenks fest. Dr. M.\_\_\_\_ hielt in seinem Gutachten denn auch fest, dass Tätigkeiten, die überwiegend und ständig in und über Kopfhöhe auszuüben seien, vermieden werden sollten. Die Abweichung der gestellten Diagnosen lässt sich eher mit dem fachspezifischen Hintergrund der beiden Experten erklären als mit abweichenden Feststellungen hinsichtlich des Beschwerdebildes. So hielt auch der RAD in seiner Bewertung vom 11. Oktober 2016 fest, dass sich aus dem Bericht von Dr. K.\_\_\_\_ im Vergleich zum Gutachten vom 30. Oktober 2015 keine wesentlich neuen Aspekte ergeben würden (IV-act. 164). Insgesamt sind im SMAB-Gutachten im Vergleich zum Bericht von Dr. K.\_\_\_\_ keine Lücken hinsichtlich der Anamnese des Beschwerdeführers erkennbar. Darüber hinaus liegen keine Hinweise auf eine ungenügende Feststellung des medizinischen Sachverhalts vor, sodass das orthopädisch-traumatologische Gutachten nicht zu bemängeln ist.

2.2.2 Im psychiatrischen Gutachten der SMAB AG vom 30. Oktober 2015 wurde darauf hingewiesen, dass keine psychiatrischen Akten vorgelegen hätten und die Anmeldung bei der IV aufgrund der Schmerzen in der rechten Schulter erfolgt sei. Der Gutachter, Dr. L.\_\_\_\_, diagnostizierte Anpassungsstörungen, längere depressive Reaktionen (F43.21), einen Cannabisabusus (F12.19) sowie einen Verdacht auf emotional-instabile Persönlichkeitszüge (Z73) ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Er stellte eine kritische Prognose aus. Es bestehe die Gefahr, dass sich eine stärker ausgeprägte, über eine Anpassungsstörung hinausgehende



depressive Symptomatik entwickle. Die vom Beschwerdeführer ins Auge gefasste psychiatrische Behandlung solle daher begonnen werden (IV-act. 141-27 bis 35). Med.pract. J.\_\_\_\_ diagnostizierte im Rahmen des Erstgesprächs mit dem Beschwerdeführer am 20. Januar 2016 eine schwergradige depressive Episode (ICD-10/F32.2) und eine nicht näher bezeichnete organische oder symptomatische psychische Störung, Hinweise für eine etwas eingeschränkte Intelligenz, aber ohne Hinweise für eine Intelligenzminderung (ICD-10/F09). Der Beschwerdeführer sei deshalb zu 100% arbeitsunfähig, sowohl für die Tätigkeit im Event- und Messebau als auch für jede andere Tätigkeit im ersten Arbeitsmarkt. Med.pract. J.\_\_\_\_ gibt an, die Abweichung im Vergleich zu den Feststellungen von Dr. L.\_\_\_\_ seien auf den unterschiedlichen Zeitpunkt der psychiatrischen Untersuchung zurückzuführen. So erkenne er keine Hinweise auf eine unvollständige Begutachtung durch Dr. L.\_\_\_\_. Das Gutachten von Dr. L.\_\_\_\_ sei formal korrekt, ausführlich und auch gut lesbar. So habe er seine Diagnosen anhand seiner Befunde begründet und auch die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit anhand seiner Diagnosen vorgenommen. Der Beschwerdeführer habe seit dem 16. September 2015 (Begutachtung durch Dr. L.\_\_\_\_) eine schwergradige depressive Episode entwickelt (IV-act. 146-17 bis 20). Betreffend das psychiatrische Teilgutachten von Dr. L.\_\_\_\_ hielt der behandelnde Psychiater med.pract. J.\_\_\_\_ demgemäss selbst fest, dass dieses formal und inhaltlich korrekt sei und der Beschwerdeführer erst danach eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes erfahren habe. Auch der RAD hielt dieses für verwertbar (vgl. RAD-Stellungnahme vom 5. November 2015, IV-act. 142), und es sind auch sonst keine Anhaltspunkte dafür ersichtlich, dass das Gutachten mangelhaft sein soll. Das lediglich pauschale Vorbringen, das Gutachten entspreche den Anforderungen an ein psychiatrisches Gutachten gemäss neusten bundesgerichtlicher Rechtsprechung nicht, verfängt nicht, da das Gutachten sowohl in formeller sowie materieller Hinsicht alle geforderten Elemente enthält.

2.3 Im Folgegutachten vom 2. Juni 2016 wurde bezüglich der Vorgeschichte auf die Ausführungen im Erstgutachten vom 30. Oktober 2015 verwiesen und ergänzend wurden sämtliche neuen Berichte berücksichtigt (IV-act. 156-3 bis 6). Der SMAB-Gutachter, Dr. L.\_\_\_\_, stellte die Diagnosen der sonstigen anhaltenden affektiven Störung (F34.8), des Cannabisabusus (F12.1) und des Verdachts auf emotional



instabile Persönlichkeitszüge (Z73), welche keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit haben.

2.3.1 Die Untersuchung des Beschwerdeführers durch den SMAB-Gutachter am 24. Mai 2016 ergab keine Einschränkung der Konzentrationsfähigkeit. Die Auffassung sei nicht erschwert und die Konzentration durchgehend gut. Dem Gesprächsverlauf könne der Beschwerdeführer sehr aufmerksam folgen, und er bewältige Themenwechsel problemlos. Auch subjektiv erachte er seine Konzentration als nicht beeinträchtigt (zur Konzentration, IV-act. 156-9). Weiter stellte Dr. L.\_\_\_\_ eine leichte Affektlabilität im Sinne von Gereiztheit fest, wobei sich der Beschwerdeführer aber im Gespräch durchgehend sozial adäquat verhalte. Es würden keine Interesselosigkeit, kein ausgewiesener sozialer Rückzug, keine Anhedonie sowie keine Schuldgefühle oder Selbstvorwürfe vorliegen (vgl. zur Affektivität, IV-act. 156-10). In der Untersuchungssituation hätten sich ausreichend strukturierte und regelrechte Willenskräfte gezeigt. Aus Sicht des Beschwerdeführers würden weder zum Zeitpunkt der Untersuchung noch während der letzten Monate Einschränkungen hinsichtlich Energie, Antrieb, Initiative und Durchhaltevermögen vorliegen. Aufgrund dieser Selbsteinschätzung prüfte der Gutachter zudem auch das allfällige Vorliegen einer Dissimulation, bei welcher ein Patient oder eine Patientin (krankheitsbedingt) keine Einschränkung des Antriebs wahrnimmt, diese aber dennoch vorliegt. Im konkreten Fall spreche nebst dem klinischen Eindruck in der Untersuchungssituation auch die gemäss Schilderung des Beschwerdeführers durchgehend relativ aktive Alltagsgestaltung, mit u.a. mehrstündigen Wanderungen bei schönem Wetter, Musikhören, Lesen, Erstellen von Grafiken am Computer, teils Schwimmen oder Erledigen von leichteren Hausarbeiten, gegen eine entsprechende Krankheit (vgl. zu Tagesablauf und Freizeitgestaltung, IV-act. 156-6; zu Willen und Antrieb, IV-act. 156-10).

2.3.2 Nach der Vornahme einer ausführlichen Anamnese sowie Befunderhebung kam Dr. L.\_\_\_\_ zum Ergebnis, dass sich seit der letzten Begutachtung durch ihn am 16. September 2015 keine depressive Episode, schon gar nicht eine schwere depressive Episode entwickelt hätte. Für eine auch nur leichte depressive Episode müssten mindestens zwei der drei Hauptsymptome einer depressiven Episode (bedrückte Stimmung, Antriebsminderung, Verlust von Interesse und Freude) vorliegen. Es bestehe keine Antriebsminderung, denn der Versicherte nehme regelmässig bzw. täglich



umfangreich positiv besetzte Aktivitäten wahr, ein Verlust von Interesse und Freude bestehe nicht. Der Beschwerdeführer bemühe sich denn auch sehr engagiert um eine neue Arbeitsstelle und bewerbe sich fortlaufend. Ausserdem zeige er eine sehr gute Arbeitsmotivation, und es würden keine Hinweise auf eine Dekonditionierung vorliegen. Die bei der Erstbegutachtung gestellte Diagnose der Anpassungsstörung könne längstens zwei Jahre gestellt werden. Zum Zeitpunkt der Folgebegutachtung am 24. Mai 2016 bestehe die chronische Verstimmung schon länger als zwei Jahre, sodass die Anpassungsstörung nicht mehr diagnostiziert werden könne (IV-act. 156-12). Dr. L.\_\_\_\_ setzte sich weiter mit den von med.pract. J.\_\_\_\_ beschriebenen Selbstvorwürfen und ausgeprägten, unangemessenen Schuldgefühlen auseinander. Gegenüber Dr. L.\_\_\_\_ habe sich der Beschwerdeführer ausgesprochen vorwurfsvoll anderen gegenüber geäussert. So habe er ausgeführt, sei immer wieder "verarscht" worden, verschiedene Ärzte hätten ihn hinsichtlich seiner Schmerzen schlecht behandelt, ihm Medikamente statt Physiotherapie verordnet, damit die Pharmaindustrie genug verdiene. Auch passe es laut Dr. L.\_\_\_\_ nicht zu Schuldgefühlen und Selbstvorwürfen, dass der Beschwerdeführer gegenüber med.pract. J.\_\_\_\_ die Konfliktsituationen am Arbeitsplatz als Mobbing bezeichnet habe (IV-act. 156-12 bis 14).

2.3.3 In einem Schreiben vom 19. Juli 2016 äusserte sich der Beschwerdeführer zum Follegutachten der SMAB AG. Er verneinte, sich beworben zu haben. Er würde sich bewerben, wenn es für ihn eine Tätigkeit gäbe, was mit seinen Beschwerden jedoch nicht möglich sei. Er leide unter gedrückter, depressiver Stimmung, welche mit verschiedenen Ängsten verbunden sei. Er erachte sich nicht zu 100% arbeitsfähig (IV-act. 163). Im Bericht vom 15. September 2016 setzte sich med.pract. J.\_\_\_\_ mit dem Follegutachten der SMAB AG auseinander. Med.pract. J.\_\_\_\_ diagnostizierte in Abweichung zu seinem ersten Bericht nur noch eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10/F32.1) sowie eine emotional-instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typus (ICD-10/F60.31; vgl. IV-act. 163-16). Der SMAB-Gutachter habe zwar die Erkrankung mit depressiven Symptomen erkannt, dabei jedoch den Schweregrad nicht richtig eingeschätzt und deshalb nur die Diagnose von sonstigen anhaltenden affektiven Störungen gestellt (vgl. IV-act. 163-9 bis 13). Der Beschwerdeführer habe weiterhin eine betrübte Stimmung, die manchmal auch gereizt sei. Auch der Antrieb sei weiterhin eingeschränkt. Weil der Beschwerdeführer wieder etwas mehr Freude für verschiedene Sachen verspüre, sei das Kriterium der Freudlosigkeit und



Interessenlosigkeit nicht mehr gegeben. Als weitere Kriterien der depressiven Episode erfülle der Beschwerdeführer diejenigen der Einschlafstörungen, Durchschlafstörungen, Konzentrationsprobleme, einer inneren Anspannung und eines eingeschränkten Selbstbewusstseins. Im Weiteren beschrieb med.pract. J.\_\_\_\_ die Diagnose der emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typus ausführlich (vgl. IV-act. 163-10 bis 14). In einem weiteren Bericht vom 8. November 2016 hielt med.pract. J.\_\_\_\_ fest, dass sich der Gesundheitszustand, die Diagnosen, die Behandlung sowie die Arbeitsfähigkeitseinschätzung seit der letzten Berichterstattung am 15. September 2016 nicht verändert hätten. Im Weiteren zitierte med.pract. J.\_\_\_\_ die Ausführungen aus der Stellungnahme des RAD, Dr.med. N.\_\_\_\_, vom 11. Oktober 2016 (vgl. IV-act. 164-2 f.).

2.3.4 Vorweg ist anzumerken, dass die IV-Anmeldung ursprünglich aufgrund körperlicher Beschwerden erfolgte. Seit der Erhebung des bidisziplinären Gutachtens fokussiert sich der Beschwerdeführer allerdings vermehrt auf psychische Beschwerden, aufgrund welcher eine rentenbegründende Invalidität vorliegen würde. Die Feststellungen der beiden Psychiater weichen bezüglich der Kriterien des eigenen Willens und Antriebs des Beschwerdeführers sowie der Gewichtung ihrer Untersuchungsergebnisse stark voneinander ab. Gemäss med.pract. J.\_\_\_\_ könne sich der Beschwerdeführer über fast nichts mehr freuen, die Stimmung sei bedrückt, fast gar nicht spürbar und der Antrieb sei stark eingeschränkt. Der Beschwerdeführer sei fast immer zu Hause und mache fast gar nichts. Er gehe auch fast gar nicht aus dem Haus. Den Berichten von med.pract. J.\_\_\_\_ fehlen konkrete Angaben und Beschreibungen zu den Aussagen des Beschwerdeführers, welche auf die gestellten Diagnosen schliessen lassen. Konkrete Aktivitäten oder genauere Angaben über den Tagesablauf sind dem Bericht nicht zu entnehmen. So schreibt der Arzt sehr pauschal, der Beschwerdeführer sage, dass die Stimmung schlecht sei und er wenig Lebensenergie habe, sich freue, dass er seine Freundin habe, ansonsten aber nur an wenigen Sachen Freude habe. Der Bericht enthält keine Ausführungen zu Rückfragen des Arztes hinsichtlich seiner Tagesstruktur und seiner Aktivitäten. Es ist nicht nachvollziehbar, anhand welcher konkreten Lebensumstände der Arzt namentlich die schlechte Stimmung und den Mangel an Lebensenergie als weitere Kriterien der Depression erkennt. Da der Beschwerdeführer wieder etwas mehr Freude verspüre, sei die Freud- und Interesselosigkeit nicht mehr gegeben. Er leide deshalb nicht mehr an



einer schwergradigen, jedoch immer noch an einer mittelgradigen depressiven Episode. Damit bleiben die von med.pract. J. \_\_\_ festgestellten Symptome zur psychischen Verfassung des Beschwerdeführers sehr pauschal dargestellt und sind nicht genügend stringent begründet. Der Beschwerdeführer bestreitet in seinem Schreiben vom 19. Juli 2016 die Ausführungen im SMAB-Folgegutachten zu seinen täglichen Aktivitäten und den daraus resultierenden Einschätzungen bezüglich der Symptome einer Depression nicht. Die Ausführungen bezüglich der zwischenmenschlichen Kontakte und dem sozialen Rückzug des Beschwerdeführers unterscheiden sich inhaltlich nicht, weshalb diese Feststellungen korrekt erscheinen.

2.4 Insgesamt erscheint das Gutachten der SMAB AG (inkl. Folgegutachten) vollständig, klar verständlich und strukturiert. Der Sachverhalt wurde umfassend abgeklärt. Die gestellten Diagnosen wurden gestützt auf die Resultate der Untersuchungen gestellt und entsprechend nachvollziehbar begründet. Das SMAB-Gutachten beruht damit auf eigenständigen, bidisziplinären Abklärungen und ist für die streitigen Belange umfassend. Unter Berücksichtigung der Vorbringen des Beschwerdeführers sowie der Berichte von Dr. K. \_\_\_ und med.pract. J. \_\_\_ bestehen keine Anhaltspunkte dafür, dass objektiv wesentliche Tatsachen nicht berücksichtigt worden wären. Vor diesem Hintergrund besteht kein Anlass, die Beweiskraft des SMAB-Gutachtens bzw. der darin enthaltenen Arbeitsfähigkeitsschätzung (100%ige Arbeitsfähigkeit für leidensangepasste Tätigkeiten) in Frage zu stellen. Selbst wenn davon auszugehen wäre, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers zwischen der ersten Untersuchung durch Dr. L. \_\_\_ am 16. September 2015 sowie der zweiten Untersuchung am 24. Mai 2016 stark verschlechtert und anschliessend wieder gebessert hätte, wäre eine daraus resultierende Arbeitsunfähigkeit lediglich vorübergehend, während weniger Monate, gegeben gewesen, was IV-rechtlich nicht von Bedeutung ist bzw. keinen Rentenanspruch auslösen konnte. In beiden Gutachten ist vermerkt, dass der Beschwerdeführer selbst angab, eine leichte Tätigkeit bis zu 100% versuchen zu wollen (IV-act. 141-30 und 156-8). Diese Aussagen wurden von ihm selbst im Schreiben vom 19. Juli 2016 bestritten und auch in der Beschwerde wird dieser Punkt geltend gemacht. Es ist nicht ersichtlich, weshalb der Gutachter nicht gemachte Aussagen protokollieren sollte; letztlich ist aber nicht feststellbar, was der Beschwerdeführer tatsächlich gesagt hat. Nachdem sich aber bereits aufgrund der Befunde sowie des geschilderten Tagesablaufs nicht ergibt, weshalb der



Beschwerdeführer nicht sollte arbeiten können, erübrigen sich Weiterungen zu diesem Punkt. Hinzu kommt, dass der Beschwerdeführer betreffend die somatischen Beschwerden keinerlei Behandlungen durchführt und lediglich bei Bedarf Schmerzmittel einsetzt (vgl. orthopädisches Teilgutachten, IV-act. 141-19). Auf explizite Nachfrage erklärte der Beschwerdeführer keinerlei Einschränkungen hinsichtlich Energie, Antrieb, Initiative und Durchhaltevermögen zu verspüren (IV-act. 156-10), alle zwei Wochen einen Termin bei med.pract. J. \_\_\_ wahrzunehmen und ein Johanniskrautpräparat einzunehmen (IV-act. 156-7). Zusammengefasst ist unter Berücksichtigung des geschilderten Tagesablaufs, der Interessen sowie des Aktivitätsniveaus von einer seit der Wiederanmeldung am 4. Juli 2013 gegebenen – allenfalls kurzzeitig unterbrochenen – Arbeitsfähigkeit von 100% in schulterangepassten (IV-act. 141-14) sowie überwiegend sachorientierten Tätigkeiten ohne erhöhte Anforderungen an die emotionale Belastbarkeit (IV-act. 156-12) auszugehen.

3.

3.1 Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades 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 (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen, Art. 16 ATSG). Der Beschwerdeführer bemängelt die Festlegung der Basis der beiden Vergleichseinkommen nicht, beantragt bei der Ermittlung des Invalideneinkommens jedoch die Gewährung eines Tabellenlohnabzugs von mindestens 20% aufgrund der zahlreichen Beschwerden, eines Teilzeitabzuges sowie in Berücksichtigung der langen Absenz vom Arbeitsmarkt, des Alters sowie der Dienstjahre.

3.2 Der Beschwerdeführer erzielte vor Eintritt der Gesundheitsschädigung einen unterdurchschnittlichen Verdienst. Diesen hat die Beschwerdegegnerin im Umfang von 5.1% berücksichtigt (vgl. Einkommensvergleich vom 10. Dezember 2015, IV-act. 143). Da jedoch keine Anhaltspunkte dafür bestehen, dass sich der Beschwerdeführer aus freien Stücken dauerhaft mit einem bescheidenen Einkommensniveau hätte begnügen



wollen, kann für das Valideneinkommen und für den Ausgangspunkt zur Bestimmung des Invalideneinkommens vom selben Wert ausgegangen werden. Der Invaliditätsgrad entspricht unter solchen Verhältnissen dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung des Abzuges vom Tabellenlohn (Urteil des Bundesgerichts vom 4. Februar 2015, 9C\_888/2014, E.2 sowie Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 9. Januar 2013, IV 2011/107, E.2.6).

3.3 Die Beschwerdegegnerin hatte einen "Leidensabzug" von 10% gewährt (vgl. Einkommensvergleich vom 10. Dezember 2015, IV-act. 143). Der Beschwerdeführer ist gemäss den vorliegenden Gutachten in der Lage körperlich leichte und mittelschwere Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Lasten bis zu 15 kg, ständig im Stehen, Gehen und Sitzen durchzuführen. Lediglich Tätigkeiten überwiegend und ständig in Kopf- und Überkopfhöhe sollten vermieden werden. Gut geeignet seien überwiegend sachorientierte Tätigkeiten ohne erhöhte Anforderungen an die emotionale Belastbarkeit (IV-act. 141-14 und 156-12). Bei diesen Adaptionskriterien besteht kein Raum für die Gewährung eines Tabellenlohnabzuges, weil der Tabellenlohn im Kompetenzniveau 1 bereits eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten umfasst, die Relevanz der langen Abwesenheit vom Arbeitsmarkt im privaten Sektor abnimmt, je niedriger das Anforderungsprofil ist und Hilfsarbeiten auf dem hypothetisch ausgeglichenen Arbeitsmarkt unabhängig vom Alter nachgefragt werden (Urteil des Bundesgerichts vom 22. März 2017, 8C\_805/2016, E.3.2 ff.). Zudem ist nicht zu erwarten, dass sich die Unzumutbarkeit der Ausführung von ständigen Tätigkeiten auf oder über Kopfhöhe negativ auf das Einkommen auswirken würde (Urteil des Bundesgerichts vom 17. März 2011 8C\_25/2011, E.3.3.3). Demnach ist kein Abzug vom Tabellenlohn im Sinne von BGE 126 V 75 E. 5 S. 78 ff. einzuräumen. Auf der Basis einer 100%igen Arbeitsfähigkeit für adaptierte Tätigkeiten würde ausserdem selbst unter Berücksichtigung eines 10%igen oder gar 20%igen Tabellenlohnabzuges kein rentenbegründender IV-Grad resultieren. Bei Berücksichtigung des Minderverdienstes würde der IV-Grad überdies noch geringer. Die angefochtene Verfügung erweist sich somit im Ergebnis als korrekt.

4.



Der Beschwerdeführer beantragt subeventualiter die Gewährung von beruflichen Eingliederungsmassnahmen gemäss Art. 15 ff. IVG. Die Wiederanmeldung erfolgte lediglich im Hinblick auf Rentenleistungen (vgl. IV-act. 58). Der im Rahmen der Erstanmeldung vom 29. November 2011 geprüfte Anspruch auf berufliche Massnahmen wurde mit Mitteilung vom 23. Januar 2013 unter Hinweis auf die 100%ige Arbeitsfähigkeit für adaptierte Tätigkeiten abgelehnt (vgl. IV-act. 49). Die angefochtene Verfügung beschlägt ausschliesslich den Rentenanspruch. Während des Verfahrens wurde vom Beschwerdeführer zu keiner Zeit Unterstützung für die berufliche Wiedereingliederung geltend gemacht. Auch im vorliegenden Beschwerdeverfahren wird unter Verweis auf eine geltend gemachte, vollständige Arbeitsunfähigkeit im Hauptantrag die Zusprache einer ganzen Rente, spätestens ab dem 1. Januar 2014, beantragt. Demnach ist der Anspruch auf berufliche Massnahmen nicht Gegenstand der vorliegenden Beschwerde und auf den Antrag nicht einzutreten. Es ist dem Beschwerdeführer grundsätzlich unbenommen, sich für die Durchführung von beruflichen Massnahmen bei der IV-Stelle neu anzumelden.

5.

5.1 Gemäss den vorstehenden Erwägungen hat die Beschwerdegegnerin das Rentengesuch zu Recht abgelehnt. Die Beschwerde ist folglich abzuweisen, soweit darauf einzutreten ist.

5.2 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. Dem unterliegenden Beschwerdeführer sind die Gerichtskosten in der Höhe von Fr. 600.-- aufzuerlegen. Der von ihm geleistete Kostenvorschuss in gleicher Höhe ist anzurechnen. Der Beschwerdeführer hat bei diesem Verfahrensausgang keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. Art. 61 lit. g ATSG).

### Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP



1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Der Beschwerdeführer hat eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen; diese ist durch den in gleicher Höhe geleisteten Kostenvorschuss gedeckt.