



**Fall-Nr.:** IV 2017/379  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 20.04.2020  
**Entscheiddatum:** 14.01.2020

### **Entscheid Versicherungsgericht, 14.01.2020**

**Art. 7 und 8 ATSG. Art. 28 IVG. Würdigung eines bidisziplinären Gutachtens. Zusprache einer befristeten halben Rente wegen einer Arbeitsunfähigkeit, obwohl die medizinischen Eingliederungsmassnahmen nicht abgeschlossen gewesen sind (Praxis Versicherungsgericht St. Gallen gestützt auf Art. 54 Gerichtsgesetz). Im Übrigen Bemessung des Invaliditätsgrades aufgrund eines Einkommensvergleichs. Einkommen aus Schichtzulagen ist für die Bemessung des Valideneinkommens unbeachtlich. Keine rentenbegründende Invalidität (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 14. Januar 2020, IV 2017/379).**

#### **Entscheid vom 14. Januar 2020**

Besetzung

Präsident Ralph Jöhl, Versicherungsrichterinnen Monika Gehrer-Hug und Karin Huber-Studerus; Gerichtsschreiberin Viviane Kull

Geschäftsnr.

IV 2017/379

Parteien

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

**Beschwerdeführer,**

vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. Ronald Pedernana, Rorschacher Strasse 21,  
Postfach 27, 9004 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.\_\_\_\_ meldete sich am 14. Januar 2009 wegen einem Diabetes mellitus Typ I zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung (IV) an (IV-act. 1). Er gab an, keinen Beruf erlernt und eine Anlehre als Hauswart absolviert zu haben. Seit Januar 2007 sei er als Hauswart bei der B.\_\_\_\_ AG tätig gewesen. Die IV-Stelle holte bei der B.\_\_\_\_ AG einen Arbeitgeberbericht (vgl. IV-act. 17) und von verschiedenen behandelnden Ärzten Berichte ein. Unter anderem gab der Hausarzt Dr. med. C.\_\_\_\_ am 19. Januar 2009 an (IV-act. 10), im November 2008 sei ein Diabetes mellitus Typ I diagnostiziert worden. Der Versicherte sei aufgrund dieser Diagnose psychisch dekompenziert. Aktuell könne dem Versicherten die bisherige Tätigkeit halbtags mit voller Leistung zugemutet werden. Von Februar bis April 2011 absolvierte der Versicherte eine berufliche Abklärung. Im September 2011 wurde der Versicherte durch med. pract. D.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, psychiatrisch abgeklärt (Gutachten vom 16. Januar 2012, IV-act. 107). Mit einer Verfügung vom 8. April 2013 wies die IV-Stelle das Rentengesuch bei einem IV-Grad von 21% ab (IV-act. 139). Der Versicherte erhob am 10. Mai 2013 dagegen eine Beschwerde. Das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen hiess die Beschwerde mit einem Entscheid vom 12. August 2015 teilweise gut. Es hob die Verfügung vom 8. April 2013 auf und wies die Sache zur weiteren Abklärung an die IV-Stelle zurück (IV-act. 165). Es hielt im Wesentlichen fest, das psychiatrische Gutachten sei überzeugend, weshalb für die Berechnung des Invaliditätsgrades darauf abzustellen sei. In medizinischer Hinsicht



sei davon auszugehen, dass der Versicherte überwiegend wahrscheinlich retrospektiv seit Juni 2010 leidensadaptierte Tätigkeiten mit einer Leistung von 70-80% ausüben könne und dass er vor Juni 2010 bloss während zweier, jeweils höchstens wenige Monate dauernder Phasen stärker in seiner Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt gewesen sei. Der Versicherte habe in der letzten Tätigkeit vor dem Eintritt der Gesundheitsbeeinträchtigung im November 2008 als Leiter einer Reinigungsequipe lediglich Fr. 23.-- pro Stunde bzw. ca. Fr. 4'400.-- pro Monat verdient. Bei der E.\_\_\_\_ AG habe er von 2000 bis 2003 allerdings ein (Jahres-)Einkommen von Fr. 78'000.-- bis Fr. 87'000.-- erzielt. Welche erwerblichen Umstände (hohe Verantwortung, viele Überstunden, zusätzliche Nebenerwerbstätigkeit für denselben Arbeitgeber o.ä.) einen derart hohen Lohn gerechtfertigt hätten, lasse sich den Akten nicht entnehmen. Die Validenkarriere lasse sich damit nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit bestimmen. Auch die Invalidenkarriere stehe nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit fest, da nicht bekannt sei, ob die damals ausgeübte Tätigkeit dem Versicherten noch zumutbar sei (IV 2013/214 E. 3.3.3 und 4; für den vollständigen Sachverhalt siehe IV 2013/214). Der Rückweisungsentscheid erwuchs unangefochten in Rechtskraft.

**A.b.** Die IV-Stelle holte bei der E.\_\_\_\_ AG einen Arbeitgeberbericht ein. Diese teilte am 7. Oktober 2015 mit (IV-act. 166), dass sie den Versicherten von Oktober 1993 bis Juli 2004 als Mitarbeitenden in der Abteilung Druck beschäftigt habe. Der AHV-beitragspflichtige Lohn habe seit April 2003 Fr. 4'163.-- monatlich bzw. Fr. 54'119.-- pro Jahr betragen. Im Jahr 2002 habe der Versicherte Fr. 81'352.90, im Jahr 2003 Fr. 87'595.20 und im Jahr 2004 (von Januar bis Juli) Fr. 44'904.40 verdient. Gemäss einem beigelegten Schreiben vom 11. März 2004 betreffend die Kündigung des Arbeitsvertrags wurde das Arbeitsverhältnis durch die E.\_\_\_\_ AG aufgelöst. Sie stützte sich bei dabei auf eine Empfehlung des Hausarztes des Versicherten.

**A.c.** Vom 16. Februar bis 4. März 2016 war der Versicherte im Psychiatrischen Zentrum F.\_\_\_\_ hospitalisiert. Im Austrittsbericht vom 4. März 2016 sind folgende Diagnosen aufgeführt (IV-act. 186): Eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, ohne ein somatisches Syndrom (ICD-10 F33.10), eine arterielle Hypertonie und ein insulinpflichtiger Diabetes mellitus. Dr. med. G.\_\_\_\_ und med. pract. H.\_\_\_\_ hielten im Austrittsbericht fest, der Eintritt sei aufgrund einer zunehmenden



Verschlechterung des Zustands des Versicherten mit Antriebs-, Lust- und Energielosigkeit sowie Schlafstörungen erfolgt. Beim Austritt sei der Versicherte weiterhin leicht niedergestimmt gewesen. Der Antrieb sei gesteigert gewesen und Hinweise für Ein- und Durchschlafstörungen hätten nicht bestanden. Sie attestierten dem Versicherten während der Dauer der Hospitalisation sowie bis auf weiteres eine vollständige Arbeitsunfähigkeit.

**A.d.** Am 24. Mai 2016 stellte die IV-Stelle der E.\_\_\_\_ AG Zusatzfragen zum Fragebogen vom 7. Oktober 2015 (IV-act. 173). Sie bat um eine Beschreibung des Anforderungsprofils für die vom Versicherten ausgeübte Tätigkeit sowie um die Beantwortung der Fragen, welche erwerblichen Umstände den hohen Lohn gerechtfertigt hätten, aus welchen Gründen das Arbeitsverhältnis gekündigt worden sei und welchen durchschnittlichen Bruttojahreslohn der Versicherte im Jahr 2009 in dieser Tätigkeit hätte erzielen können. Die E.\_\_\_\_ AG teilte am 25. Mai 2016 mit (IV-act. 174), dass die Akten aufgrund der Verjährungsfrist Ende Dezember 2015 vernichtet worden seien und deshalb keine weiterführenden Angaben geliefert werden könnten. Am 31. Mai 2016 teilte eine Mitarbeitende der E.\_\_\_\_ AG telefonisch mit (IV-act. 180), dass der Versicherte heute einen Grundlohn von maximal Fr. 57'566.-- verdienen würde (Einkommen 2003 gemäss Fragebogen zuzüglich NLE bis 2009). Eine weitere Mitarbeitende teilte am 31. Mai/8. Juni 2016 telefonisch mit (IV-act. 180, 183), in den Jahren, in welchen der Versicherte beim E.\_\_\_\_ tätig gewesen sei, sei es üblich gewesen, dass Mitarbeitende durch Schichtarbeit ein sehr hohes Einkommen hätten erzielen können. Im Falle des Versicherten habe das Einkommen aus Schichtarbeit ca. 35-40% des Lohnes ausgemacht. Am 5. Juli 2016 reichte die E.\_\_\_\_ AG eine Beschreibung des Anforderungsprofils für die vom Versicherten ausgeübte Tätigkeit ein (IV-act. 190).

**A.e.** Am 14. Oktober 2016 berichtete Dr. med. I.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, der Versicherte befinde sich seit dem 23. Juni 2016 bei ihr in Behandlung (IV-act. 199). Sie habe folgende Diagnosen erhoben: Eine rezidivierende ängstlich-depressive Störung mit einem somatischen Syndrom, gegenwärtig mittelschwerer Ausprägung (ICD-10 F33.11), eine Panikstörung, eine Persönlichkeitsstörung vom Borderline Typus (unreif, emotional labil, explosiv; ICD-10 F60.31), isolierte Phobien (Tunnel, Dunkelheit, Lift – nur wenn der Versicherte allein sei;



ICD-10 F40.2), Kontaktanlässe mit Bezug auf die Arbeitsstelle und die wirtschaftliche Lage (ICD-10 Z56, Z59), Alleinleben (ICD-10 Z60.2). Differentialdiagnostisch habe sie eine generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1) und eine Intelligenzminderung mit einer Verhaltensstörung diagnostiziert. Dr. I.\_\_\_\_ führte aus, der Versicherte sei im Antrieb zeitweise gehemmt und im Affekt traurig, vor allem bei Schmerzen. Er werde schnell müde, sei interessen- und freudlos. Periodisch habe er eine schwere innere Unruhe mit intensiven Anspannungs- und Angstzuständen und eine starke Nervosität. In der Persönlichkeit sei er ängstlich, emotional labil, leicht zwanghaft und depressiv akzentuiert. Er beklage Schuld- und Schamgefühle sowie diverse psychosomatische Beschwerden, unter anderem Herzklopfen und Schwitzen. Die im Gespräch gewonnenen Einsichten und Schlussfolgerungen könne er im Leben nicht optimal umsetzen. Die Angstzustände, Schlafstörungen sowie eine psychomotorische Agitiertheit stünden im Vordergrund. Eine vollständige Arbeitsunfähigkeit könne zumindest seit der Behandlung bei ihr bestätigt werden. Auf lange Sicht sollte eine 50%ige Arbeitsfähigkeit wiederhergestellt werden können. Der Versicherte sei für eine Tätigkeit in einem geschützten Rahmen motiviert.

**A.f.** Ein Rechtsdienstmitarbeitender der IV-Stelle notierte am 28. Oktober 2016 (IV-act. 200), das Versicherungsgericht habe im Entscheid vom 12. August 2015 die Arbeitsfähigkeitsschätzung im Gutachten von med. pract. D.\_\_\_\_ von 75% als zutreffend eingestuft. Darauf sei abzustellen. In Bezug auf eine aktuelle Arbeitsfähigkeitsschätzung sei zu prüfen, ob eine weitere psychiatrische Begutachtung durchzuführen sei. Die echtzeitlichen medizinischen Akten belegten nicht, dass der Versicherte seine Tätigkeit bei der E.\_\_\_\_ AG habe krankheitsbedingt aufgeben müssen. Der Versicherte habe bei seiner IV-Anmeldung erst ab November 2008 eine Arbeitsunfähigkeit angegeben. Im Übrigen sei der Versicherte im Anschluss an die Tätigkeit bei der E.\_\_\_\_ AG – mit Ausnahme der Phasen der Arbeitslosigkeit – offenbar in einem vollzeitlichen Pensum tätig gewesen (vgl. IK-Auszug für die Jahre 2006 und 2007). Er habe daher aus invaliditätsfremden Gründen nicht mehr die bis Ende 2003 erzielten hohen Einkommen generiert und die Validenkarriere habe einen erheblichen Einbruch erlitten. Demnach sei es gerechtfertigt, das in der IV-Anmeldung angegebene monatliche Einkommen von Fr. 4'400.-- als Einkommen ohne gesundheitliche Einschränkung zu taxieren. Dies ergebe ein Jahreseinkommen von Fr. 57'000.-- (inkl.



13. Monatslohn, Basis 2008). Das Validen- und das Invalideneinkommen sollten allerdings bis zur Differenz von 5% parallelisiert, also das Valideneinkommen entsprechend aufgewertet werden. Selbst wenn man auf das Einkommen bei der E.\_\_\_\_ AG abstellte, wäre dieses auf die Höhe der Tabellenlöhne eines Hilfsarbeiters zu kürzen, da der Versicherte offensichtlich über das ihm zumutbare Ausmass gearbeitet habe und er dieses Einkommen auch als gesunde Person nicht bis zum massgeblichen Zeitpunkt ab etwa Mitte 2009 hätte erzielen können.

**A.g.** Am 8. November 2016 teilte die Psychiatrische Klinik J.\_\_\_\_ mit (IV-act. 204), dass der Versicherte am 26. Oktober 2016 einer testpsychologischen Untersuchung unterzogen worden sei. Die aktuelle Intelligenzleistung liege mit einer Wahrscheinlichkeit von 90% zwischen einem IQ von 66 bis 73 und damit an der Grenze zur Intelligenzminderung. Aufgrund der Fremdsprachigkeit des Versicherten seien die Ergebnisse jedoch nicht mit Sicherheit valide und die Leistungsfähigkeit dürfte eher unterschätzt werden. Insgesamt sei aber von einer unterdurchschnittlichen Intelligenz auszugehen. Hinweise auf Aggravation oder Simulation von kognitiven Defiziten hätten nicht ausgemacht werden können.

**A.h.** Der RAD-Arzt Dr. W.\_\_\_\_ notierte am 17. November 2016 (IV-act. 210), die vorliegenden Berichte liessen noch keine abschliessende medizinische Einschätzung zu. Er bat um die Erstellung eines bidisziplinären Verlaufsgutachtens. Die IV-Stelle teilte dem Versicherten am 13. Januar 2017 mit (IV-act. 212), dass eine bidisziplinäre medizinische Untersuchung (internistisch/psychiatrisch) notwendig sei.

**A.i.** Der Versicherte wurde am 2./9. März 2017 durch das Swiss Medical Assessment- and Business-Center (SMAB) bidisziplinär (psychiatrisch und internistisch) abgeklärt. Im Gutachten vom 4. Mai 2017 nannten die Gutachter folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (IV-act. 218-12):

- Rezidivierende depressive Störung, nicht näher bezeichnet (ICD-10 F33.9)
- Diabetes mellitus Typ I

Als Diagnosen ohne wesentliche Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit gaben die Gutachter an:

- Emotional instabile Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.3)



## St.Galler Gerichte

- Angststörung, nicht näher bezeichnet (ICD-10 F41.9)
- Hypertonus
- Verdacht auf nichtalkoholische Fettlebererkrankung
- Gemischte Hyperlipoproteinämie (als pathologischer Laborwert)
- Hypophosphatämie (als pathologischer Laborwert)

Die Gutachter hielten fest (IV-act. 218-13 f.), aus psychiatrischer Sicht leide der Versicherte seit vielen Jahren an einer rezidivierenden depressiven Störung. Mit ausreichender Sicherheit könne davon ausgegangen werden, dass sich diese ab 2008 entwickelt habe. Med. pract. D.\_\_\_\_ habe im psychiatrischen Gutachten vom 16. Januar 2012 mitgeteilt, dass die Störung "gegenwärtig in Form einer leichten depressiven Episode, allenfalls zeitweilig mittelgradigen Episode" vorliege. Hinweise, dass es in den ersten Jahren nach dieser Begutachtung zu einer relevanten Verschlechterung der Depression gekommen wäre, bestünden nicht. Zu einer Verschlechterung sei es erst im Zusammenhang mit erneuten Eheproblemen gekommen. Der Versicherte habe berichtet, im Rahmen einer psychiatrischen Kontrolle Anfang 2016 sei festgestellt worden, dass sich die Depression verschlechtert habe. Vom 16. Februar bis 4. März 2016 sei eine stationäre Behandlung erfolgt. Gemäss dem Austrittsbericht habe sich eine mittelgradige depressive Episode gezeigt. Im Austrittsbericht sei mitgeteilt worden, dass es zu einer Besserung des depressiven Zustands gekommen sei. Der Versicherte selber habe in der Untersuchung berichtet, dass es ihm aktuell von der Depression her so gehe wie nach dem Austritt aus der Klinik Mitte Februar 2016 (recte: Anfang März 2016). Aktuell zeige sich nur eine mässig ausgeprägte depressive Symptomatik im Sinne einer rezidivierenden depressiven Störung, nicht näher bezeichnet (ICD-10 F33.9). Der Versicherte habe über Panikattacken und agoraphobische Ängste berichtet. Ferner habe er Ängste um seine Gesundheit und die Gesundheit seines Sohnes beschrieben. Insgesamt handle es sich um eine eher gering ausgeprägte und auch wenig alltagsrelevante Symptomatik, so dass eine Angststörung, nicht näher bezeichnet (ICD-10 F41.9), diagnostiziert worden sei. Von der Persönlichkeit her ergäben sich deutliche Hinweise für eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung mit Ärgeraffekten, Spannungszuständen, Selbstverletzungen, impulsivem Verhalten und zum Teil Leergefühlen, sodass eine emotional instabile



Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.30) diagnostiziert worden sei. In den Bereichen Durchhaltefähigkeit, Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, Selbstbehauptungs- und Durchsetzungsfähigkeit sowie Gruppenfähigkeit bestünden Fähigkeitsstörungen. In einer optimal adaptierten Tätigkeit betrage die Arbeitsfähigkeit 70-80%. Aus internistischer Sicht stehe ein Diabetes mellitus Typ I im Vordergrund, der seit Ende 2008 bekannt sei. Die Behandlung führe zu einem erhöhten Therapieaufwand mit Blutzuckerselbstmessungen und mehrfachen Insulininjektionen. Schichtarbeiten und insbesondere Nachtschichtarbeiten seien nicht möglich. Da Blutzuckerschwankungen nicht auszuschliessen seien, seien Tätigkeiten, die Umgang mit Gefahrstoffen beinhalteten, Arbeiten mit Absturzgefahr und ähnliches, also Tätigkeiten mit Überwachungsfunktionen mit besonderer Verantwortung für andere und Arbeiten an gefährlichen Arbeitsplätzen zu vermeiden. Des Weiteren liege ein Hypertonus vor, aus welchem keine funktionellen Einschränkungen resultierten. Auch aus der nicht-alkoholischen Fettlebererkrankung resultiere per se keine funktionelle Einschränkung. Ebenso resultierten weder aus der gemischten Hyperlipoproteinämie noch aus der Hypophosphatämie eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Unter Zusammenfassung beider Teilgutachten ergebe sich sowohl in der bisherigen als auch in einer leidensadaptierten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 70-80%. Die internistisch gesehene Leistungsminderung aufgrund des erhöhten Pausenbedarfs wegen Blutzucker-Selbstbestimmungen und mehrfachen Insulininjektion erhöhe die bereits psychiatrisch festgestellte Arbeitsunfähigkeit von 20-30% ihrer Einschätzung nach nicht. Beurteilt worden sei der Verlauf der Arbeitsfähigkeit seit dem Gutachten von med. pract. D. \_\_\_ vom 16. Januar 2012. Damals sei eingeschätzt worden, dass die Arbeitsfähigkeit 70-80% betrage. Eine Arbeitsfähigkeit in dieser Grössenordnung habe auch in den weiteren Jahren weitgehend vorgelegen und bestehe in diesem Ausmass auch aktuell. Eine höhere Arbeitsunfähigkeit habe nur während der psychischen Krise im Zusammenhang mit der Trennungssituation ab Anfang 2016 bestanden. Von Januar 2016 bis zum Eintritt in die Klinik K. \_\_\_ vom 16. Februar 2016 dürfte die Arbeitsfähigkeit bei nur noch 50% gelegen haben. Während des stationären Aufenthalts bis zum 4. März 2016 sei sie aufgehoben gewesen. Seit dem 5. März 2016 betrage die Arbeitsfähigkeit 70-80%. Geeignet seien überwiegend sachorientierte, regelmässige Tätigkeiten ohne erhöhte Anforderungen an die emotionale Belastbarkeit und die Stressbelastbarkeit. Tätigkeiten in engen Räumen sowie an stark frequentierten



Orten seien nicht geeignet. In körperlicher Sicht sollten Tätigkeiten, die Umgang mit Gefahrstoffen beinhalten würden, Arbeiten mit Absturzgefahr und ähnliche Tätigkeiten vermieden werden, also Tätigkeiten mit Überwachungsfunktionen mit besonderer Verantwortung für andere und Arbeiten an gefährlichen Arbeitsplätzen.

**A.j.** Mit einem Vorbescheid vom 22. Juni 2017 stellte die IV-Stelle dem Versicherten bei einem IV-Grad von 21% die Abweisung seines Leistungsbegehrens in Aussicht (IV-act. 223). Zur Begründung hielt sie fest, sowohl in der angestammten Tätigkeit als Hauswart als auch in einer leidensadaptierten Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 75%, wobei diese ganztags verwertbar sei. In Bezug auf die Validenkarriere gab sie die Ausführungen des Rechtsdienstmitarbeitenden vom 28. Oktober 2016 (vgl. IV-act. 200) wieder und hielt fest, beim Valideneinkommen sei von einem Jahreseinkommen von Fr. 57'000.-- (inkl. 13. Monatslohn, Basis 2008) bzw. Fr. 60'490.-- (inkl. Nominallohnentwicklung bis 2014) auszugehen. Bei der Berechnung des Invalideneinkommens sei auf die Lohnstrukturerhebung des Bundesamts für Statistik (LSE 2014, Tabelle TA1, Total Männer, Anforderungsniveau AN 1) abzustellen. Das durchschnittliche Jahreseinkommen betrage Fr. 66'453.-- bzw. bei einem 75%-Pensum Fr. 49'840.--. Nach einer Parallelisierung (Anrechnung von 4.86%) infolge Minderverdienstes von 9.86% in der angestammten Tätigkeit resultiere ein Invalideneinkommen von Fr. 47'636.--. Der IV-Grad betrage damit 21%.

**A.k.** Der Versicherte erhob am 28. August 2017 dagegen einen Einwand (IV-act. 224). Er machte im Wesentlichen geltend, die Unmöglichkeit der genauen Rekonstruktion des Valideneinkommens bei der E.\_\_\_\_ AG sei durch das Verschulden der IV-Stelle entstanden, da diese im Wissen darum, dass die Akten bald vernichtet würden, nach dem Rückerhalt des Fragebogens fast acht Monate mit den Zusatzfragen abgewartet habe. Das Valideneinkommen sei deshalb anhand des Einkommens bei der E.\_\_\_\_ AG zu berechnen, wobei in einer Druckerei bis 40% Schichtarbeit branchenüblich seien. Schichtarbeit sei langfristig zumutbar. Die Überzeit von Fr. 6'191.10 im Jahr betreffe wegen der hohen Überzeitzulagen etwa 5% der Arbeitszeit. Da diese in der Druckereiindustrie per GAV nur bei 40 Stunden liege, entspreche das einer in anderen Branchen üblichen Arbeitszeit von 42 Stunden und könne nicht als "regelmässige und zahlreiche Überstunden" gewertet werden. Deshalb sei das gesamte damals erzielte Einkommen als Valideneinkommen zu betrachten. Das im Jahr 2003 erzielte



Einkommen von Fr. 89'635.20 (inkl. Kinderzulagen) sei auf den Zeitpunkt des Einkommensvergleichs aufzurechnen (Lohnanpassung und Teuerung). Die Arbeitsfähigkeit von 75% entspreche nicht der Realität. Zur genauen Bestimmung der Arbeitsfähigkeit seien weitere medizinische Abklärungen erforderlich. Aus der neuesten ärztlichen Untersuchung gehe nämlich hervor, dass sein Bronchialbaum hypersensibel auf Hausstaubmilben und Pollen reagiere. Er reichte dazu den Bericht von Dr. med. L.\_\_\_\_, FMH Pneumologie und Innere Medizin, vom 6. Februar 2017 ein (act. G 1.1.3). Bei der Tätigkeit als Hauswart sei aus pneumologischer Sicht eine teilweise bestehende Arbeitsunfähigkeit anzunehmen. Bei der Berechnung des Invalideneinkommens sei ein "Leidensabzug" vorzunehmen. Gemäss ständiger Rechtsprechung seien weitere persönliche und berufliche Merkmale wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad, welche Auswirkungen auf die Lohnhöhe hätten, zu berücksichtigen. Ein Abzug erfolge, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte bestünden, dass der Versicherte wegen eines oder mehrerer dieser Merkmale seine gesundheitliche Restarbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit einem unterdurchschnittlichen erwerblichen Erfolg verwerten könne (BGE 126 V 75 E. 5b ff.). Neben der geringen Intelligenz, den neuropsychologischen Einschränkungen und dem Übergewicht falle auch die Milben- und Pollenallergie einschränkend zur Last. Das Defizit der deutschen Sprache und das fortgeschrittene Alter führten ebenfalls zu einem Abzug. Zusammenfassend sei ein "Teilabzug" und unter Berücksichtigung der genannten Merkmale ein "Leidensabzug" von insgesamt 20% zu gewähren.

**A.I.** Mit einer Verfügung vom 13. September 2017 wies die IV-Stelle, entsprechend dem Vorbescheid, das Leistungsbegehren ab (IV-act. 228). Zu den Einwänden führte sie an, dass sie ihre Abklärungspflicht erfüllt habe, weshalb der Versicherte die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen habe. Dass die Aufgabe der Tätigkeit bei der E.\_\_\_\_ AG krankheitsbedingt erfolgt sei, stehe nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit fest. Ein "Leidensabzug" sei nicht gerechtfertigt, da die gesundheitlichen Einschränkungen mit der attestierten Arbeitsfähigkeit von nur 75% in einer adaptierten Tätigkeit grosszügig berücksichtigt worden seien und da der Versicherte auch körperlich mittelschwere Tätigkeiten ausüben könne. Im Übrigen seien sämtliche vom Versicherten angeführten invaliditätsfremden Faktoren mit der



Parallelisierung von Validen- und Invalideneinkommen berücksichtigt worden, weshalb sich kein weiterer Abzug rechtfertige.

**A.**

**B.**

**B.a.** Der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer) erhob am 16. Oktober 2017 eine Beschwerde (act. G 1). Er beantragte die Aufhebung der Verfügung vom 13. September 2017 und die Zusprache einer ganzen Invalidenrente. Eventualiter sei eine neue gerichtliche, bidisziplinäre Begutachtung durch neutrale Gutachter durchzuführen. Zudem beantragte er die Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege und -verbeiständung. Ergänzend zu den Einwänden im Vorbescheidverfahren machte der Beschwerdeführer im Wesentlichen geltend, im internistischen Teilgutachten des SMAB vom 8. März 2017 sei nicht auf seine pneumologischen Einschränkungen eingegangen worden. Der diesbezügliche Arztbericht vom 6. Februar 2017 fehle in den Fremdbefunden. Des Weiteren habe der psychiatrische Gutachter den testpsychologischen Untersuchungsbericht zwar beigezogen, diesen jedoch kleingeschrieben, indem er festgehalten habe, dass die Testergebnisse wegen seiner (des Beschwerdeführers) Fremdsprachigkeit invalide seien. Dabei schliesse dieser Bericht eine Aggravation aus. Der Gutachter thematisiere sodann im Abschnitt "Intelligenz" die unterdurchschnittliche Intelligenz nicht, was gegen die Qualität des SMAB-Gutachtens spreche. Aus diesen Gründen taue das SMAB-Gutachten nicht zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen wie auch in einer angepassten Tätigkeit. Die Arbeitsunfähigkeit sei deshalb mit 40% zu bewerten oder es sei ein gerichtliches Gutachten in Auftrag zu geben. Die IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) habe ihre Abklärungspflicht nach Art. 43 ATSG verletzt, indem sie bei der E. \_\_\_ AG die erforderlichen Beweise nicht eingeholt habe, obwohl ihr die drohende Aktenvernichtung hätte bewusst sein sollen. Diese Verletzung sei in der Beweiswürdigung dahingehend zu berücksichtigen, dass der für ihn vorteilhaftere Sachverhalt als erwiesen zu betrachten sei, wenn es Hinweise auf dessen Richtigkeit gebe. Aufgrund dieser Umstände müssten die angegebenen Beweise genügen, dass die Stelle bei der E. \_\_\_ AG per Ende Juli 2004 gesundheitsbedingt (auf ärztlichen Rat hin) gekündigt worden sei. Die Beschwerdegegnerin habe durch ihr Verhalten zudem



verunmöglicht genauer zu eruieren, wie es möglich gewesen sei, dass er im Jahr 2003 ein Jahreseinkommen von Fr. 89'635.20 (inkl. Kinderzulagen) habe erzielen können. Dies wäre gemäss dem Rückweisungsentscheid vom 12. August 2015 jedoch ihre Pflicht gewesen. Dennoch habe sie die "Chuzpe", in ihrer Begründung auf den Rückweisungsentscheid zu verweisen und zu behaupten, das Valideneinkommen sei auf das Einkommen eines Hilfsarbeiters zu kürzen. Dass er aber aufgrund übermässiger Überstunden (nicht wegen der Schicht-/Erfahrungs-/Sonntagszulage) einen so hohen Verdienst erzielt habe, behaupte sie nicht einmal. Beim Valideneinkommen sei von rund Fr. 95'000.-- auszugehen und das Invalideneinkommen habe sich an seinen Einschränkungen psychischer und körperlicher Art zu orientieren. In dieser Berechnung seien ein "Teilabzug" und ein "Leidensabzug" von insgesamt 20% zu gewähren.

**B.b.** Die Beschwerdegegnerin beantragte die Abweisung der Beschwerde (act. G 5). Zur Begründung führte sie im Wesentlichen aus, Hinweise, wonach die beiden Gutachter die vom Beschwerdeführer geltend gemachten Leiden nicht umfassend und kompetent untersucht hätten, bestünden nicht. Die relativ harmlose pneumologische Befundlage ergebe sich auch aus dem vom Beschwerdeführer erst im Beschwerdeverfahren vorgelegten Bericht von Dr. L.\_\_\_\_ vom 6. Februar 2017. Im testpsychologischen Bericht der Psychiatrischen Klinik J.\_\_\_\_ vom 8. November 2016 sei festgehalten worden, dass die Ergebnisse der Intelligenztestung wegen der Fremdsprachigkeit des Beschwerdeführers nicht mit Sicherheit valide seien. Der Beschwerdeführer berufe sich daher zu Unrecht auf seine angeblich tiefe Intelligenz. Da die geltend gemachten Leiden ausführlich abgeklärt worden seien, sei es nicht notwendig, weitere medizinische Abklärungen durchzuführen. In Bezug auf das Valideneinkommen verwies die Beschwerdegegnerin auf ihre Ausführungen in der Stellungnahme vom 28. Oktober 2016 (vgl. IV-act. 200). Sie hielt fest, ergänzend dazu ergebe sich aus dem Fragebogen für Arbeitgebende vom 6. Februar 2009, dass der Beschwerdeführer seit dem Beginn seines Arbeitsverhältnisses beim dortigen Arbeitgeber vom 1. Februar bis 24. November 2008 in einem Vollzeitpensum gearbeitet habe. Das vom Beschwerdeführer geltend gemachte Valideneinkommen von Fr. 95'000.-- sei nicht ausgewiesen. Weil davon auszugehen sei, dass sich das Valideneinkommen und das Invalideneinkommen in etwa gleich entwickeln würden, könne eine Aufwertung



unterbleiben. Das Invalideneinkommen sei anhand der Lohnstrukturerhebung des Bundesamts für Statistik (Tabellenlöhne) zu berechnen. Hilfsarbeitern stünden nach dem Eintritt der Invalidität eine Vielzahl von Stellen im Produktions- und Dienstleistungssektor offen. In Industrie und Gewerbe würden zudem körperlich anstrengende Arbeiten, welche der Beschwerdeführer invaliditätsbedingt nicht mehr ausüben könne, zunehmend durch Maschinen verrichtet, während den Überwachungsfunktionen grosse und wachsende Bedeutung zukomme. Für den Beschwerdeführer geeignete Tätigkeiten seien etwa Maschinenbedienungs-, Kontroll-, Sortier-, Prüf- sowie Verpackungsarbeiten, Arbeiten bei der Lager- und Ersatzteilmbewirtschaftung sowie Kurier- und Lieferdienste (z.B. Pizzakurier). Gemäss Anhang 2 der IVG-Ausgabe der Informationsstelle AHV/IV, der sich auf die Tabellenlöhne abstütze, betrage der entsprechende Wert für 2008 Fr. 59'979.-. Weil der Beschwerdeführer auch körperlich mittelschwere Tätigkeiten ausführen könne, sei kein "Leidensabzug" vorzunehmen. Im Weiteren seien die gesundheitlichen Einschränkungen mit der attestierten Arbeitsfähigkeit von 75% in einer adaptierten Tätigkeit bereits grosszügig berücksichtigt worden. Das geltend gemachte fortgeschrittene Alter und die mangelnden Sprachkenntnisse rechtfertigten keinen Abzug vom Invalideneinkommen, da es sich um invaliditätsfremde Faktoren handle. Diese Gesichtspunkte seien insofern berücksichtigt worden, als das Invalideneinkommen gemäss der niedrigsten Qualifikationsstufe 4 anhand der Tabellenlöhne berechnet worden sei. Ein Teilzeitabzug sei nicht vorzunehmen, da sich aus dem SMAB-Gutachten nicht entnehmen lasse, dass der Beschwerdeführer lediglich noch in Teilzeit arbeiten könne.

**B.c.** Das Versicherungsgericht bewilligte am 15. November 2017 das Gesuch um die unentgeltliche Rechtspflege (Befreiung von den Gerichtskosten und Bewilligung der unentgeltlichen Rechtsverteidigung) für das Beschwerdeverfahren (act. G 6).

**B.d.** Der Beschwerdeführer machte in seiner Replik vom 28. Februar 2018 ergänzend geltend (act. G 14), er bestreite, dass seine Arbeitsfähigkeit bei 70-80% liegen solle. Im SMAB-Gutachten fehle eine Würdigung des Schlussberichts Berufliche Abklärung vom 1. Februar bis 30. April 2011. Im Schlussbericht sei ein durchschnittlicher Leistungsgrad von 20-30% (bei einer 50%igen Arbeitsfähigkeit) erhoben worden, was bloss 10-15% Leistung gemessen an einer vollen Leistung am Arbeitsmarkt und dazu



bloss in einem geschützten Rahmen ergebe. Eine vertiefte Auseinandersetzung mit den im Schlussbericht geschilderten Leistungseinschränkungen habe im SMAB-Gutachten nicht stattgefunden. Es sei deshalb der Eindruck entstanden, dass das SMAB-Gutachten parteiisch abgefasst worden sei. Er beantrage deshalb (eventualiter) eine neutrale, gerichtliche Begutachtung. Gemäss dem erwähnten Schlussbericht liege einerseits wegen des unzureichenden Arbeitstempos und der eingeschränkten Konzentrationsfähigkeit und andererseits wegen den gezeigten Defiziten punkto Selbstständigkeit bzw. Intelligenz bloss eine Verwertbarkeit der Arbeitsleistung auf dem zweiten Arbeitsmarkt vor. Ausserdem leide er an einem Diabetes mellitus Typ I. Die Beschwerdegegnerin habe deshalb zu wenig berücksichtigt, dass berufsmässiges Fahren wegen Ohnmachtsanfällen gefährlich und damit nicht zumutbar sei. Betreffend die Kündigung der Stelle bei der E.\_\_\_\_ AG habe die Beschwerdegegnerin selbst festgehalten, dass diese aus gesundheitlichen Gründen gekündigt worden sei (vgl. IV-act. 200-1 f., 222-3). Dr. med. M.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Klinik K.\_\_\_\_, habe im Bericht vom 6. März 2009 festgehalten, dass es sich um den dritten Nervenzusammenbruch gehandelt habe und dass es in der Vergangenheit zweimal, einmal zu Ende seines Anstellungsverhältnisses bei der E.\_\_\_\_ AG, zu Nervenzusammenbrüchen gekommen sei. Damit gebe es medizinische Akten, wenn auch keine echtzeitlichen, welche eine krankheitsbedingte Aufgabe belegten. Med. pract. D.\_\_\_\_ habe im psychiatrischen Gutachten zudem festgehalten, dass es bereits in den Jahren 2001 und 2003 zu Nervenzusammenbrüchen gekommen sei. Im Bestreitungsfall offeriere er als Zeugenbeweis N.\_\_\_\_, damaliger Abteilungsleiter Druck bei der E.\_\_\_\_ AG. In Bezug auf die Atemprobleme sei gestützt auf den neuen Arztbericht von Dr. med. O.\_\_\_\_, Facharzt für Kardiologie und Innere Medizin FMH, vom 16. Januar 2018 vorläufig davon auszugehen, dass diese auf eine medikamentöse Nebenwirkung zurückzuführen seien und dann nach dem verordneten Medikamentenwechsel eine Verbesserung des Gesundheitszustands zu erwarten sei. Mit einem Schreiben vom 15. März 2018 reichte der Beschwerdeführer drei Arztberichte ein (act. G 17). Dr. med. P.\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin und Facharzt Endokrinologie/Diabetologie, hatte am 26. Februar 2018 notiert, der Beschwerdeführer habe aufgrund der Adipositas und der Psychopharmaka eine extrem hohe Insulinresistenz und müsse sehr hohe Mengen an Insulin spritzen (act. G 17.1.1). Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Allgemeinmedizin, hatte am 9. März 2018 berichtet (act.



G 17.1.2, Bericht nicht unterzeichnet), dass er den Beschwerdeführer von Dezember 2002 bis Januar 2009 hausärztlich betreut habe. Er habe aus seinen handschriftlichen Notizen entnommen, dass im Februar 2004 erstmals Probleme mit einem Vorgesetzten bestanden hätten. Er habe ihn daraufhin an den Psychiater Dr. Q.\_\_\_\_ überwiesen. Zutreffend sei, dass er dem Beschwerdeführer geraten habe, seine Stelle zu kündigen. Er habe diesbezüglich mit dem damaligen Vorgesetzten N.\_\_\_\_ telefoniert. R.\_\_\_\_ habe ihm mitgeteilt, dass der Beschwerdeführer freigestellt werde. Dem Bericht war das Überweisungsschreiben von Dr. C.\_\_\_\_ an Dr. Q.\_\_\_\_ vom 27. Februar 2004 beigelegt (act. G 17.1.3, Überweisungsschreiben nicht unterzeichnet). Der Beschwerdeführer machte geltend, gestützt auf die Berichte von Dr. C.\_\_\_\_ sei erstellt, dass die psychischen Beschwerden ihren Ursprung im Februar 2004 hätten und somit das damalige Einkommen als Valideneinkommen beizuziehen sei. Am 3. April 2018 reichte der Beschwerdeführer den Arztbericht von Dr. med. S.\_\_\_\_, Facharzt FMH für ORL, Hals- und Gesichtschirurgie, vom 19. März 2018 ein (act. G 19). Dr. S.\_\_\_\_ hatte einen Verdacht auf ein obstruktives Schlafapnoesyndrom diagnostiziert und eine schlafmedizinische Abklärung empfohlen (act. G 19.1).

**B.e.** Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf eine Duplik (act. G 21).

**B.f.** Am 29. Juni 2018 reichte der Beschwerdeführer den Bericht des Zentrums für Schlafmedizin des Kantonsspitals St. Gallen vom 8. Mai 2018 ein (act. G 22). Die Ärzte hatten ein schwergradiges obstruktives Schlafapnoesyndrom diagnostiziert (act. G 22.1). Am 30. Juli 2019 reichte er den Bericht und das aktuelle Bild der respiratorischen Polygraphie von Dr. med. T.\_\_\_\_, ORL, Hals- und Gesichtschirurgie, Allergologie und klinische Immunologie, ein (act. G 24). Dr. T.\_\_\_\_ hatte am 22. Juli 2019 berichtet, der Beschwerdeführer leide an einem schwergradigen obstruktiven Schlafapnoesyndrom. Er (der Beschwerdeführer) habe sich entschieden, die Nasenatmung operativ freizulegen (act. G 24.1). Der Beschwerdeführer machte gestützt darauf geltend, aufgrund der Funktionsstörung könne man davon ausgehen, dass das Schlafapnoesyndrom seit langer Zeit bestehe. Seine Schlafqualität und damit einhergehend seine Leistungsfähigkeit sei deshalb schon früher beeinträchtigt gewesen.



### Erwägungen

#### 1.

Die Beschwerdegegnerin hat mit der angefochtenen Verfügung vom 13. September 2017 einen Rentenanspruch des Beschwerdeführers bei einem IV-Grad von 21% verneint. Strittig ist somit, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Invalidenrente hat.

#### 2.

**2.1.** Einen Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung haben Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können, während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid sind (Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG, SR 831.20). 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). Erwerbsunfähigkeit ist der durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG).

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

#### 3.

**3.1.** Um das zumutbare Invalideneinkommen ermitteln zu können, muss der verbliebene Arbeitsfähigkeitsgrad des Beschwerdeführers mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit feststehen. Das Versicherungsgericht hat im Rückweisungsentscheid vom 12. August 2015 dazu festgehalten, für die Berechnung



des IV-Grades sei auf das Gutachten von med. pract. D.\_\_\_\_ vom 16. Januar 2012 abzustellen. Somit sei davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer überwiegend wahrscheinlich retrospektiv seit Juni 2010 leidensadaptierte Tätigkeiten mit einer Leistung von 70-80% ausüben könne und dass er vor Juni 2010 bloss während zweier, jeweils höchstens wenige Monate dauernder Phasen stärker in seiner Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt gewesen sei (IV 2013/214, E. 3.3.3). Diese Feststellung des verbliebenen Arbeitsfähigkeitsgrads des Beschwerdeführers hat sich auf den Zeitraum bis zum Erlass der mit dem Rückweisungsentscheid aufgehobenen Verfügung vom 8. April 2013 bezogen. Das Versicherungsgericht hat damit einen feststellenden Teilentscheid gefällt. Dieser ist nicht nur für die Beschwerdegegnerin, sondern auch für das Versicherungsgericht verbindlich (vgl. Art. 56 Abs. 2 des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege, VRP, sGS 951.1). Zu präzisieren bleibt, über welchen Zeitraum sich die beiden Phasen mit einem höheren Arbeitsunfähigkeitsgrad erstreckt haben und wie hoch die Arbeitsunfähigkeit gewesen ist. Med. pract. D.\_\_\_\_ hat dazu festgehalten (IV-act. 107-19, 107-22), zu Beginn des Jahres 2009 sei eine schwere depressive Episode beschrieben worden, welche unter einer ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung innerhalb weniger Monate remittiert sei. Bei der gutachterlichen Untersuchung im September 2009 (diese war durch den Vertrauensarzt der Krankentaggeldversicherung Dr. med. U.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, erfolgt, vgl. Fremddakten-act. 1-2 ff.) hätten lediglich noch Symptome einer Anpassungsstörung, das heisse nur noch sehr leichte depressive Symptome, welche die Kriterien einer depressiven Episode nicht erfüllt hätten, festgestellt werden können. Auch die im Frühjahr 2010 diagnostizierte schwere depressive Episode habe im Rahmen einer ambulanten psychosomatischen Rehabilitation deutlich gebessert werden können. Die von Dr. M.\_\_\_\_ im Bericht vom 6. Juli 2009 attestierte 50%ige Arbeitsunfähigkeit mit einer prognostizierten Steigerung des Arbeitsumfanges lasse sich retrospektiv gut nachvollziehen (zum Bericht von Dr. M.\_\_\_\_ vgl. IV-act. 38). Auf eine Rückfrage der Beschwerdegegnerin hin hat med. pract. D.\_\_\_\_ ergänzend zum Gutachten festgehalten (IV-act. 125), retrospektiv betrachtet habe von Juli 2009 bis Juni 2010 eine Arbeitsfähigkeit von 50% bestanden. Anzumerken sei, dass der Beschwerdeführer von April 2010 bis Juni 2010 eine ambulante psychosomatische Rehabilitation in der Klinik K.\_\_\_\_ absolviert habe, welche regulär halbtags mit drei bis vier Stunden Therapieanwendungen durchgeführt werde. Er sei in einem deutlich gebesserten Zustand aus der Klinik ausgetreten. Diese Arbeitsfähigkeitsschätzung von med. pract. D.\_\_\_\_ hat sich sowohl auf die Arbeitsfähigkeit in der angestammten als auch in einer leidensadaptierten Tätigkeit bezogen. Der Vertrauensarzt der Krankentaggeldversicherung Dr. U.\_\_\_\_ hat dem Beschwerdeführer ab dem 8. September 2009 (Zeitpunkt der Untersuchung) bis Mitte Januar 2010 im ehemaligen



Beruf als Reiniger und auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt eine 100%ige und ab Mitte Januar 2010 eine wahrscheinlich 50%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert. Med. pract. D. \_\_\_ hat zu der von Dr. U. \_\_\_ attestierten 100%igen Arbeitsunfähigkeit Stellung genommen und festgehalten (IV-act. 125), angesichts der Diagnosen und der beschriebenen psychischen Befunde sei diese nicht nachvollziehbar. Diese Ausführungen von med. pract. D. \_\_\_ sind – wie das von ihr erstellte Gutachten an sich – schlüssig und überzeugend. Gestützt darauf ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer von Juli 2009 bis Juni 2010 in einer leidensadaptierten Tätigkeit zu 50% arbeitsfähig gewesen ist und dass er vom Zeitpunkt des Eintritts des Gesundheitsschadens im November 2008 bis zum Juli 2009 ebenfalls mindestens 50% arbeitsunfähig gewesen ist. Letzteres deckt sich mit verschiedenen Berichten von behandelnden Ärzten, welche damals dem Beschwerdeführer eine 50-100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert hatten (vgl. IV-act. 3, 10, 29, 30-7, 67-4).

**3.2.** Die Beschwerdegegnerin hat zur Bestimmung der verbliebenen Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers ab dem 9. April 2013 das SMAB mit der Erstellung eines bidisziplinären (psychiatrisch und internistisch) Verlaufsgutachtens beauftragt. Im Gutachten des SMAB vom 4. Mai 2017 wurde dazu angegeben (IV-act. 218-15 und 218-16), die Arbeitsfähigkeit in der angestammten und in leidensadaptierten Tätigkeiten betrage 70-80%. Eine höhere Arbeitsunfähigkeit habe nur während der psychischen Krise im Zusammenhang mit der Trennungssituation ab Anfang 2016 bestanden. Von Januar 2016 bis zum Eintritt in die Klinik K. \_\_\_ vom 16. Februar 2016 dürfte die Arbeitsfähigkeit bei nur noch 50% gelegen haben. Während des stationären Aufenthalts bis zum 4. März 2016 sei sie aufgehoben gewesen. Geeignet seien überwiegend sachorientierte, regelmässige Tätigkeiten ohne erhöhte Anforderungen an die emotionale Belastbarkeit und die Stressbelastbarkeit. Tätigkeiten in engen Räumen sowie an stark frequentierten Orten seien nicht geeignet. In körperlicher Sicht sollten Tätigkeiten, die Umgang mit Gefahrstoffen beinhalten würden, Arbeiten mit Absturzgefahr und ähnliche Tätigkeiten vermieden werden, also Tätigkeiten mit Überwachungsfunktionen mit besonderer Verantwortung für andere und Arbeiten an gefährlichen Arbeitsplätzen. Strittig und im Folgenden zu prüfen ist, ob dem Gutachten voller Beweiswert zukommt, das heisst, ob es die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers ab dem 9. April 2013 mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit belegt.

**3.3.** Ein Gutachten hat vollen Beweiswert, wenn es für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden



ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie der medizinischen Situation einleuchtet und die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a). Massgebend ist sodann, ob der psychiatrische Gutachter die vom Bundesgericht in Bezug auf anhaltende somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden aufgestellten und später auf alle psychischen Erkrankungen, insbesondere auf leichte bis mittelschwere depressive Störungen, anwendbar erklärten Standardindikatoren berücksichtigt hat (vgl. BGE 141 V 281; 143 V 409 und 143 V 418). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung muss zur Ermittlung des funktionellen Leistungsvermögens eines Versicherten – das heisst zur Beantwortung der Frage, ob und inwiefern eine psychische Erkrankung eine Arbeitsunfähigkeit bzw. eine Invalidität zur Folge hat – eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung anhand eines Kataloges von Indikatoren erfolgen. Die im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren sind: (a) „funktioneller Schweregrad“, (aa) „Gesundheitsschädigung“, (aaa) Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde, (aab) Behandlungs- und Eingliederungserfolg, (aac) Komorbiditäten, (ab) „Persönlichkeit“, (ac) „sozialer Kontext“, (b) „Konsistenz“, (ba) gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen, (bb) behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (BGE 141 V 297 f. E. 4.1.3). Die Handhabung des Katalogs muss stets den Umständen des Einzelfalls gerecht werden. Es handelt sich nicht um eine "abhakbare Checkliste" (BGE 141 V 297 E. 4.1.1).

**3.4.** Das Gutachten ist in die Abschnitte Vorgeschichte gemäss Aktenlage, Zusammenfassung medizinische Vorgeschichte, Diagnosen und Synthese aus allen untersuchten Fachgebieten nach Abschluss des Konsensprozesses am 1. Mai 2017, versicherungsmedizinische Beurteilung und Fragen (bidisziplinär beantwortet) gegliedert. Aus dem Gutachten ist ersichtlich, dass die Gutachter den Beschwerdeführer eingehend untersucht und seine subjektiven Klagen aufgenommen haben. Sie haben die objektiven klinischen Befunde wiedergegeben, umfassende Kenntnis von den Vorakten gehabt und diese gewürdigt. Gestützt auf ihre Befunde haben sie die Diagnosen gestellt und ihre Beurteilung zur Arbeitsfähigkeit, inklusive eine Konsensbeurteilung, abgegeben. Der psychiatrische Gutachter Dr. med. V. \_\_\_ hat auch den gutachterlichen Fragekatalog, der die nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung massgebenden Standardindikatoren berücksichtigt, beantwortet (siehe psychiatrisches Teilgutachten vom 15. März 2017, IV-act. 218-35 ff.). Aus dem psychiatrischen Teilgutachten ist insbesondere ersichtlich, dass der Beschwerdeführer im Untersuchungszeitpunkt nur eine mässig ausgeprägte depressive Symptomatik gezeigt hat und dass die Kriterien für eine leichte depressive Episode nicht erfüllt



gewesen sind. Dr. V.\_\_\_\_ hat festgehalten, dass sich Hinweise auf eine zeitweise leicht erhöhte Ermüdbarkeit ergeben hätten. Der Beschwerdeführer habe sich in leicht bedrückter Grundstimmung gezeigt, wobei sich die Stimmung deutlich aufgehellt habe, als er über seine Freundin gesprochen habe. Von der Persönlichkeit her hätten sich deutliche Hinweise auf eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung mit Ärgeraffekten, Spannungszuständen, Selbstverletzungen, impulsivem Verhalten ("Fressattacken") und zum Teil Leeregefühlen ergeben. Im Übrigen hat Dr. V.\_\_\_\_ das Bestehen von psychiatrischen Befunden verneint (z.B. keine erschwerte Auffassung, keine Beeinträchtigung der Konzentration, keine Wahngedanken, Halluzinationen oder illusionäre Verkennungen, keine Störungen des Ich-Bewusstseins, keine Antriebsminderung etc.). Dr. V.\_\_\_\_ hat zudem festgehalten, dass der Eindruck einer Beschwerdebetonung, zum Teil auch einer Aggravation, entstanden sei. Eine Aggravation habe sich vor allem hinsichtlich der Frage, wie stark sich die vorliegenden psychischen Störungen im Alltag beeinträchtigend auswirkten, ergeben. Die von Dr. V.\_\_\_\_ gestellte, sich auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auswirkende Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, nicht näher bezeichnet (ICD-10 F33.9), ist damit nachvollziehbar hergeleitet und überzeugend. An seiner Einschätzung der Arbeitsfähigkeit von 70-80% sind dagegen – zumindest aus der Sicht eines medizinischen Laien – angesichts der psychiatrischen Befunde und der gestellten Diagnose leichte Zweifel anzubringen. Med. pract. D.\_\_\_\_ hat nämlich gestützt auf die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig in der Form einer leichten depressiven Episode, allenfalls zeitweilig einer mittelgradigen Episode, mit einer vordergründigen Somatisierungsneigung (ICD-10 F33.0 und F33.1) – also bei gravierenderen Befunden – eine mit jener von Dr. V.\_\_\_\_ identische Arbeitsfähigkeitsschätzung abgegeben (vgl. IV-act. 107-15 und 107-20). Die Arbeitsfähigkeitsschätzung von Dr. V.\_\_\_\_ scheint daher eher zu tief zu sein. Der internistische Gutachter Prof. Dr. med. W.\_\_\_\_ hat als Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit einen Diabetes mellitus Typ I angegeben. Wegen eines erhöhten Pausenbedarfs hat er die Arbeitsfähigkeit auf 90% eingeschätzt (vollschichtig umsetzbar). Ob aus regelmässigen Blutzuckerselbstmessungen und mehrfachen Insulininjektionen eine Leistungseinbusse von 10% resultiert, ist eher fraglich. Letztlich ist jedoch massgebend, dass die Beurteilung der beiden Gutachter, wonach die internistisch gesehene Leistungsminderung die psychiatrisch festgestellte Arbeitsunfähigkeit nicht weiter erhöhe, schlüssig und überzeugend ist. In Anbetracht der leichten Zweifel an der Arbeitsfähigkeitsschätzung von Dr. V.\_\_\_\_ und damit auch an der in der Konsensbeurteilung abgegebenen Einschätzung der verbliebenen Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers von 70-80% in der bisherigen und in einer leidensadaptierten Tätigkeit ist davon auszugehen, dass der Arbeitsunfähigkeitsgrad



eher tiefer als der nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung massgebende Mittelwert von 25% ist (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 21. April 2005, I 822/04 E. 4.4; Urteil des Bundesgerichts vom 28. Dezember 2007, 9C\_626/2007 E. 3.2). Jedenfalls beträgt er nicht mehr als 30%. Somit ist von einer verbliebenen Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers von mindestens 70% auszugehen. Im Folgenden ist zu prüfen, ob die Berichte der behandelnden Ärzte sowie die Einwände des Beschwerdeführers Zweifel am SMAB-Gutachten zu wecken vermögen.

**3.5.** Das Psychiatrische Zentrum F.\_\_\_\_ hat dem Beschwerdeführer im Austrittsbericht vom 4. März 2016 während der Dauer der Hospitalisation vom 16. Februar 2016 bis 4. März 2016 sowie bis auf weiteres eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert (IV-act. 186). Die SMAB-Gutachter haben diesen Bericht gewürdigt, indem sie festgehalten haben, eine höhere Arbeitsunfähigkeit als die von med. pract. D.\_\_\_\_ und von ihnen attestierte Arbeitsunfähigkeit von 20-30% habe nur während der psychischen Krise im Zusammenhang mit der Trennungssituation ab Anfang 2016 bestanden. Von Januar 2016 bis zum Eintritt in die Klinik K.\_\_\_\_ (recte: in das Psychiatrische Zentrum F.\_\_\_\_) vom 16. Februar 2016 dürfte die Arbeitsfähigkeit bei nur noch 50% gelegen haben. Während des stationären Aufenthalts bis zum 4. März 2016 sei sie aufgehoben gewesen. Seit dem 5. März 2016 habe die Arbeitsfähigkeit 70-80% betragen (IV-act. 218-16). In welchem Ausmass der Beschwerdeführer von Januar 2016 bis Mitte Februar 2016 arbeitsunfähig gewesen ist, kann offengelassen werden. Gemäss Art. 8 Abs. 1 ATSG setzt eine Invalidität eine voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit voraus. Bei einer Verschlechterung des Gesundheitszustands während rund zwei Monaten handelt es sich um eine lediglich kurzzeitige Phase, welche keine anhaltende Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit i.S.v. Art. 8 Abs. 1 ATSG bewirkt hat (vgl. auch Art. 88a Abs. 2 IVV, wonach eine Verschlechterung der Erwerbsfähigkeit zu berücksichtigen ist, wenn sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate gedauert hat). In Bezug auf die Arbeitsfähigkeitsschätzung des Psychiatrischen Zentrums F.\_\_\_\_ für die Zeit ab dem 5. März 2016 ist zu berücksichtigen, dass sowohl med. pract. D.\_\_\_\_ (vgl. IV-act. 107-20) als auch Dr. V.\_\_\_\_ (vgl. IV-act. 218-17) Anzeichen für ein aggravierendes Verhalten festgestellt haben. Damit ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer seine Beschwerdeschilderungen auch im Rahmen des stationären Aufenthalts im Psychiatrischen Zentrum F.\_\_\_\_ überzeichnet hat. Des Weiteren ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte aufgrund ihrer auftragsrechtlichen Vertrauensstellung im Zweifel eher zugunsten ihrer Patienten auszusagen pflegen und dazu neigen, die pessimistischen Beschwerdeschilderungen



ihrer Patienten als objektiv ausgewiesen zu qualifizieren (vgl. BGE 125 V 353 E. 3b.cc; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 5. April 2004, I 814/03 E. 2.4.2). Die Ausführungen der behandelnden Ärzte im Austrittsbericht vermögen deshalb keine Zweifel am SMAB-Gutachten zu wecken. Insbesondere ist nicht auf deren Arbeitsfähigkeitsschätzung abzustellen.

**3.6.** Die Psychiaterin Dr. I.\_\_\_\_ hat dem Beschwerdeführer in einem Bericht vom 14. Oktober 2016 eine seit dem Beginn der Behandlung am 23. Juni 2016 bestehende, vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert. Als Diagnose hat sie unter anderem eine rezidivierende ängstlich-depressive Störung mit einem somatischen Syndrom, gegenwärtig mittelschwerer Ausprägung (ICD-10 F33.11), angegeben (IV-act. 199). Auch diesbezüglich sind – gleich wie bei der Würdigung des Austrittsberichts des Psychiatrischen Zentrums F.\_\_\_\_ vom 4. März 2016 – die von med. pract. D.\_\_\_\_ und Dr. V.\_\_\_\_ festgestellten Anzeichen für ein aggravierendes Verhalten zu berücksichtigen. Die entsprechenden Hinweise dürften Dr. I.\_\_\_\_ wohl entgangen sein. Zudem ist ebenfalls der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte aufgrund ihrer auftragsrechtlichen Vertrauensstellung im Zweifel eher zugunsten ihrer Patienten auszusagen pflegen und dazu neigen, die pessimistischen Beschwerdeschilderungen ihrer Patienten als objektiv ausgewiesen zu qualifizieren (siehe E. 3.5). Die von Dr. I.\_\_\_\_ gestellten Diagnosen und ihre Arbeitsfähigkeitsschätzung vermögen deshalb keine Zweifel am SMAB-Gutachten zu wecken.

**3.7.** Der Beschwerdeführer hat sinngemäss eingewendet, der im Gutachten angegebene hohe Arbeitsfähigkeitsgrad entspreche nicht der Realität. Gemäss einem Bericht von Dr. L.\_\_\_\_ vom 6. Februar 2017 reagiere sein Bronchialbaum hypersensibel auf Hausstaubmilben und Pollen. Bei der Tätigkeit als Hauswart sei aus pneumologischer Sicht eine teilweise bestehende Arbeitsunfähigkeit anzunehmen. Im internistischen Teilgutachten vom 8. März 2017 sei nicht auf seine pneumologischen Einschränkungen eingegangen worden. Der Arztbericht von Dr. L.\_\_\_\_ vom 6. Februar 2017 fehle in den Fremdbefunden. Im SMAB-Gutachten vom 4. Mai 2017 ist dazu festgehalten (IV-act. 218-15), der Beschwerdeführer habe berichtet, dass einige Wochen vor der gutachterlichen Untersuchung ein Asthma bronchiale festgestellt worden sei. Auf dem (bei Dr. L.\_\_\_\_, vgl. IV-act. 218-45) angeforderten Spirometrie-Befund hätten sich aber keine Hinweise für eine obstruktive Ventilationsstörung gezeigt und der Auskultationsbefund sei unauffällig gewesen. Selbst wenn ein Asthma bronchiale bestehen sollte, käme diesem keine funktionelle Bedeutung zu. Diese



Einschätzung der Gutachter überzeugt. Der Einwand des Beschwerdeführers ist damit nicht stichhaltig.

**3.8.** Der Beschwerdeführer hat des Weiteren eingewendet, der psychiatrische Gutachter habe den testpsychologischen Untersuchungsbericht zwar beigezogen, diesen jedoch "kleingeschrieben", indem er festgehalten habe, dass die Testergebnisse wegen seiner (des Beschwerdeführers) Fremdsprachigkeit invalide seien. Dabei schliesse dieser Bericht eine Aggravation aus. Der Gutachter thematisiere zudem im Abschnitt "Intelligenz" die unterdurchschnittliche Intelligenz nicht, was gegen die Qualität des SMAB-Gutachtens spreche. Auch dieser Einwand des Beschwerdeführers ist nicht stichhaltig. Der Bericht der Psychiatrischen Klinik J.\_\_\_\_ vom 8. November 2016 betreffend die testpsychologische Untersuchung vom 26. Oktober 2016 ist nämlich widersprüchlich. Die den Beschwerdeführer untersuchenden Fachärzte haben festgehalten, die aktuelle Intelligenzleistung liege mit einer Wahrscheinlichkeit von 90% zwischen einem IQ 66 bis 73 und damit auf der Grenze zur Intelligenzminderung. Aufgrund der Fremdsprachigkeit des Beschwerdeführers seien die Ergebnisse jedoch nicht mit Sicherheit valide und die Leistungsfähigkeit dürfte mit den vorliegenden Resultaten eher unterschätzt werden. Insgesamt sei aber von einer unterdurchschnittlichen Intelligenz auszugehen. Die Fachärzte haben damit eine verbindliche Aussage gemacht, obwohl sie zuvor festgehalten haben, dass die Ergebnisse wegen der Fremdsprachigkeit des Beschwerdeführers nicht mit Sicherheit valide seien. Auf diesen Bericht kann demnach nicht abgestellt werden.

**3.9.** Der Beschwerdeführer hat sodann geltend gemacht, im SMAB-Gutachten fehle eine Würdigung des Schlussberichts über die berufliche Abklärung vom 1. Februar 2011 bis 30. April 2011. Darin sei ein durchschnittlicher Leistungsgrad von 20-30% bei einer 50%igen Arbeitsfähigkeit erhoben worden, was bloss 10-15% Leistung, gemessen an einer vollen Leistung am Arbeitsmarkt, und dazu bloss in einem geschützten Rahmen ergebe. Dadurch sei der Eindruck entstanden, dass das SMAB-Gutachten partiisch abgefasst worden sei. Dazu ist festzuhalten, dass die SMAB-Gutachter den Auftrag hatten, ein Verlaufsgutachten zu erstellen, das heisst über die Entwicklung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit seit dem 9. April 2013 zu berichten. Die vom Beschwerdeführer absolvierte berufliche Abklärung hat anfangs 2011 und damit vor dem Beurteilungszeitraum stattgefunden. Med. pract. D.\_\_\_\_ hat in ihrem Gutachten vom 16. Januar 2012 den Schlussbericht gewürdigt. Insbesondere hat sie festgehalten, dass gemäss dem Schlussbericht die Motivation des Beschwerdeführers "nicht spürbar" gewesen sei (IV-act. 107-18, 92-5). Das Versicherungsgericht hat im Rückweisungsentscheid vom 12. August 2015 bereits



festgehalten, die Verantwortlichen des Einsatzbetriebes hätten die schwache Leistung nicht bloss auf gesundheitliche Beschwerden, sondern auch auf eine mangelnde Motivation zurückgeführt (IV 2013/214, E. 3.2). Es hat den Schlussbericht somit ebenfalls gewürdigt und die verbleibende Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers für den damaligen Zeitraum verbindlich festgestellt. Für die SMAB-Gutachter hat damit kein Anlass bestanden, zum betreffenden Schlussbericht Stellung zu nehmen.

**3.10.** Der Beschwerdeführer hat im Beschwerdeverfahren neue Arztberichte eingereicht (Berichte von Dr. S.\_\_\_\_ vom 19. März 2018, vom Zentrum für Schlafmedizin des Kantonsspitals St. Gallen vom 8. Mai 2018 und von Dr. T.\_\_\_\_ vom 22. Juli 2019). Gestützt darauf hat er geltend gemacht, er leide an einem Schlafapnoesyndrom. Aufgrund der Funktionsstörung sei davon auszugehen, dass dieses seit langer Zeit bestehe. Seine Schlafqualität und damit einhergehend seine Leistungsfähigkeit sei deshalb schon früher beeinträchtigt gewesen. Dem ist entgegenzuhalten, dass ein Schlafapnoesyndrom problemlos behandelbar ist. Der Beschwerdeführer hat selbst angegeben, dass er sich entschieden habe, die Nasenatmung operativ freizulegen. Somit handelt es sich um eine gesundheitliche Beeinträchtigung, deren Behandlung zumutbar ist und die keinen Verlust der Erwerbsmöglichkeiten zur Folge hat (vgl. Art. 7 Abs. 1 ATSG).

**3.11.** Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Berichte der behandelnden Ärzte sowie die Einwände des Beschwerdeführers keine Zweifel am SMAB-Gutachten zu wecken vermögen. Auf das SMAB-Gutachten ist somit abzustellen. Damit steht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit fest, dass der Beschwerdeführer ab dem 9. April 2013 zu maximal 30% arbeitsunfähig gewesen ist. Betreffend den Zeitraum bis zum 8. April 2013 ist mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass der Beschwerdeführer seit Juni 2010 leidensadaptierte Tätigkeiten mit einer Leistung von 70-80% hat ausüben können und dass er von Juli 2009 bis Juni 2010 zu 50% arbeitsunfähig gewesen ist. Vom Zeitpunkt des Eintritts des Gesundheitsschadens im November 2008 bis zum Juli 2009 ist er ebenfalls zu mindestens 50% arbeitsunfähig gewesen.

#### 4.

**4.1.** Gemäss Art. 28a Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 16 ATSG ist die Invalidität grundsätzlich durch einen Einkommensvergleich zu ermitteln. Mit Blick auf den klaren Wortlaut von Art. 28 Abs. 1 lit. a IVG und von Art. 7, 8 und 16 ATSG kann sodann keine Invalidität vorliegen, solange noch eine medizinische oder berufliche Eingliederung durchgeführt wird. Die drei Abteilungen des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen haben im



Frühjahr 2019 in einem Verfahren nach Art. 54 des Gerichtsgesetzes (sGS 941.1) folgende Frage mehrheitlich bejaht: "Haben Versicherte, die während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40 Prozent arbeitsunfähig gewesen sind und die nach Ablauf dieses Jahres weiterhin zu mindestens 40 Prozent arbeitsunfähig sind, grundsätzlich Anspruch auf eine Rente, obwohl zumutbare Eingliederungsmassnahmen, welche ihre Arbeitsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wiederherstellen, erhalten oder verbessern können, nicht abgeschlossen sind?". Diese Praxis bedeutet, dass ein allfälliger Rentenanspruch nicht nur auf einer Invalidität i.S.v. Art. 8 Abs. 1 ATSG, sondern auch auf einer Arbeitsunfähigkeit beruhen kann. Damit besteht – in analoger Anwendung von Art. 28 Abs. 2 IVG – bei einem Arbeitsunfähigkeitsgrad von 40% bis 49% ein Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Arbeitsunfähigkeitsgrad von 50% bis 59% ein Anspruch auf eine halbe Rente usw. (vgl. Urteile des Versicherungsgerichts vom 23. September 2019, IV 2016/328, E. 2.2, und IV 2016/274, E. 3.4). Der Beschwerdeführer hat sich im Januar 2009 zum Leistungsbezug angemeldet. Der Gesundheitsschaden ist im November 2008 eingetreten (vgl. IV-act. 10, 30). Die Arbeitsunfähigkeit hat von November 2008 bis Juni 2009 mindestens 50% und von Juli 2009 bis Juni 2010 50% betragen. Unter der Berücksichtigung der sechsmonatigen Frist ab der Anmeldung und des Wartejahrs (vgl. Art. 28 Abs. 1 lit. b und 29 Abs. 1 IVG) ist der potentielle Rentenbeginn auf den 1. November 2009 festzusetzen. Da der Beschwerdeführer von November 2009 bis Juni 2010 mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu 50% arbeitsunfähig gewesen ist, hat er gemäss der Praxis des Versicherungsgerichts Anspruch auf eine halbe Invalidenrente, obwohl er sich in diesem Zeitraum einer ambulanten psychosomatischen Rehabilitation in der Klinik K.\_\_\_\_ unterzogen hatte.

**4.2.** Beim Austritt aus der Klinik K.\_\_\_\_ hatte sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers soweit verbessert, dass er ab Juni 2010 mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu 70-80% bzw. (ab dem 9. April 2013) zu mindestens 70% arbeitsfähig gewesen ist. Ab diesem Zeitpunkt ist der Gesundheitszustand somit stabil gewesen. Die Bestimmung des Invaliditätsgrades erfolgt deshalb ab diesem Zeitpunkt regulär aufgrund eines Einkommensvergleichs. Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung wäre in Bezug auf den Arbeitsfähigkeitsgrad von 70-80% an sich der Mittelwert massgebend, das heisst 75% (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 21. April 2005, I 822/04 E. 4.4; Urteil des Bundesgerichts vom 28. Dezember 2007, 9C\_626/2007 E. 3.2). Im Folgenden kann jedoch durchgehend mit einem maximalen Arbeitsunfähigkeitsgrad



von 30% gerechnet werden. Bleibt der IV-Grad nämlich unter 40%, kann die Vornahme eines in zeitlicher Hinsicht gestaffelten Einkommensvergleichs unterbleiben.

**4.3.** Der Beschwerdeführer hat keinen Beruf erlernt. Von 1993 bis 2004 hat er bei der X. \_\_\_ AG bzw. bei der E. \_\_\_ AG als Mitarbeitender in der Abteilung Druck gearbeitet (IV-act. 166). Das Einkommen ist kontinuierlich von rund Fr. 49'000.-- (1994) auf rund Fr. 60'000.-- (1996) und Fr. 65'000.-- (1999) angestiegen. Anschliessend hat das Einkommen rund Fr. 78'000.-- (2000/2001) bzw. Fr. 87'000.-- (2003) betragen (vgl. IK-Auszug, IV-act. 15). Nach der Aufgabe der Tätigkeit bei der E. \_\_\_ AG hat der Beschwerdeführer eine Anlehre zum Hauswart absolviert. Zuletzt hat er als Leiter einer Reinigungsequipe gearbeitet. In dieser Tätigkeit hat er lediglich ca. Fr. 23.-- pro Stunde (IV-act. 17-3) bzw. Fr. 4'400.-- im Monat verdient (IV-act. 1-5), was nicht einmal einem durchschnittlichen Hilfsarbeiterlohn entsprochen hat (vgl. die Lohnstrukturerhebung des Bundesamts für Statistik, Anhang 2 der IV-Ausgabe der Informationsstelle AHV/IV, Ausgabe 2012, wonach im Jahr 2008 der durchschnittliche Hilfsarbeiterlohn Fr. 59'979.-- bzw. Fr. 4'806.-- pro Monat bei einer Wochenarbeitszeit von 40 Stunden betragen hat). Gemäss einem Arbeitgeberbericht der Y. \_\_\_ AG (bzw. der E. \_\_\_ AG) vom 7. Oktober 2015 (IV-act. 166) hat der AHV-pflichtige Lohn im Jahr 2003 Fr. 54'119.-- betragen. Im Jahr 2002 hat der Beschwerdeführer Fr. 81'352.90, im Jahr 2003 Fr. 87'595.20 und im Jahr 2004 (von Januar bis Juli) Fr. 44'904.40 verdient. Auf eine telefonische Rückfrage hin hat eine Mitarbeitende der E. \_\_\_ AG der Beschwerdegegnerin die Auskunft erteilt, in den Jahren, in welchen der Beschwerdeführer beim E. \_\_\_ tätig gewesen sei, sei es üblich gewesen, dass Mitarbeitende durch Schichtarbeit ein sehr hohes Einkommen hätten erzielen können. Der damalige GAV sei sehr grosszügig gewesen und habe Privilegien enthalten, welche in diesem Ausmass heute nicht mehr bestünden. Im Falle des Versicherten habe das Einkommen aus Schichtarbeit ca. 35-40% des Lohnes ausgemacht (IV-act. 180, 183). Diese Auskunft ist durch eine Jahresauswertung belegt, wonach die Schichtzulagen des Beschwerdeführers inklusive die Entschädigung der Überzeit während der Schicht, die "Grati" auf die Schichtzulage und das Feriengeld auf die Schichtzulage im Jahr 2002 Fr. 21'493.25 (Fr. 17'709.70 + Fr. 686.60 + Fr. 1'476.-- + Fr. 1'620.95) und im Jahr 2003 Fr. 24'697.50 (Fr. 20'582.15 + Fr. 485.05 + Fr. 1'715.-- + Fr. 1'915.30) betragen haben (IV-act. 166-9 ff.). Der bei der E. \_\_\_ AG erzielte hohe Lohn ist somit auf einen hohen Anteil an Schichtzulagen zurückzuführen. In Bezug auf das Valideneinkommen ist jedoch weder auf das bei der E. \_\_\_ AG erzielte Einkommen noch auf das zuletzt erzielte Einkommen als Leiter einer Reinigungsequipe abzustellen, sondern auf einen durchschnittlichen Hilfsarbeiterlohn. Dies ist wie folgt zu begründen: Art. 16 ATSG knüpft für die Bemessung des Valideneinkommens an jenem Erwerbseinkommen an,



das die versicherte Person erzielen könnte, wenn sie gesund geblieben wäre. Diese Formulierung entspricht dem Sinn und Zweck der Invalidenrente, für deren Bemessung Art. 16 ATSG die Grundlage bildet. Die Invalidenrente soll nämlich einen Verlust von Erwerbsmöglichkeiten auf dem allgemeinen und ausgeglichenen Arbeitsmarkt kompensieren (Art. 8 Abs. 1 ATSG i.V.m. Art. 7 Abs. 1 ATSG). Das durch eine Invalidenrente versicherte Gut – die „Validität“ – entspricht folglich der Erwerbsfähigkeit der versicherten Person, das heisst deren Erwerbsmöglichkeiten auf dem allgemeinen und ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG e contrario). Massgebend ist deshalb, welche Erwerbsmöglichkeiten beziehungsweise welches Einkommenspotential die versicherte Person unter Berücksichtigung ihrer Berufsausbildung auf dem allgemeinen und ausgeglichenen Arbeitsmarkt hätte (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 21. August 2019, IV 2017/26 E. 3.1). Der Beschwerdeführer hat keine Berufsausbildung absolviert und ist somit als Hilfsarbeiter zu qualifizieren. Sein Lohn bei der E.\_\_\_\_ AG hat sich zunächst im Rahmen eines leicht unter- bzw. überdurchschnittlichen Hilfsarbeiterlohns bewegt (der statistische Zentralwert für Hilfsarbeiterlöhne hat im Jahr 1994 Fr. 4'225.-- monatlich bei einer Wochenarbeitszeit von 40 Stunden und damit Fr. 52'855.-- pro Jahr bei einer betriebsüblichen Arbeitszeit von 41,7 Stunden betragen, vgl. die Schweizerische Lohnstrukturerhebung 1994, Tabelle T A 4.4.1, Anforderungsniveau 4; im Jahr 1996 hat der statistische Zentralwert Fr. 4'399.-- monatlich bzw. Fr. 55'031.-- pro Jahr und im Jahr 1998 Fr. 4'359.-- monatlich bzw. Fr. 54'531.-- pro Jahr betragen, vgl. die Schweizerischen Lohnstrukturerhebungen 1996 und 1998, Tabellen TA 12, Anforderungsniveau 4). Von 2000 bis Mitte 2004 ist sein Lohn stark angestiegen und hat deutlich über einem durchschnittlichen Hilfsarbeiterlohn gelegen (der statistische Zentralwert für Hilfsarbeiterlöhne hat im Jahr 2004 Fr. 57'258.-- betragen, vgl. Anhang 2 der IV-Ausgabe der Informationsstelle AHV/IV, Ausgabe 2012). Der Grund dafür ist im Umstand zu erblicken, dass der Beschwerdeführer hohe Schichtzulagen erhalten hat und diese auf einen damals grosszügigen GAV zurückzuführen gewesen sind. Dieser Umstand weist keinen direkten Zusammenhang mit der *Erwerbsfähigkeit* des Beschwerdeführers auf. Hätte der Beschwerdeführer in einer anderen Branche eine Hilfsarbeitertätigkeit ausgeführt, wäre sein Lohn mit überwiegender Wahrscheinlichkeit tiefer gewesen. Dieser Umstand ist aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht deshalb als irrelevante Zufälligkeit zu betrachten. Die Ausrichtung von Schichtzulagen bzw. der entsprechende Lohnanteil muss folglich bei der Bemessung des Valideneinkommens unbeachtet bleiben. Im Weiteren ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer – wäre er gesund geblieben – in der Druckereibranche heute keinen so hohen Lohn mehr erzielen könnte, da sich diese Branche angesichts der Digitalisierung der Medien einer abnehmenden Anzahl von Abonnenten der gedruckten Presse ausgesetzt sieht und



infolge des Preiskampfes zahlreiche Arbeitsplätze ins Ausland ausgelagert wurden, was sich zwangsläufig auf die Höhe der Löhne niederschlagen muss. Auf den zuletzt erzielten Lohn als Leiter einer Reinigungsequipe, welcher unter einem durchschnittlichen Hilfsarbeiterlohn gelegen hat, ist ebenfalls nicht abzustellen. In den Akten finden sich keine Anhaltspunkte dafür, dass der Beschwerdeführer vor dem Eintritt der Gesundheitsbeeinträchtigung nur unterdurchschnittlich leistungsfähig gewesen wäre. Der Umstand, dass er einen unterdurchschnittlichen Hilfsarbeiterlohn erzielt hat, muss folglich auf die Zwänge des invalidenversicherungsrechtlich nicht massgebenden tatsächlichen Arbeitsmarktes zurückzuführen gewesen sein. Hätte sich dem Beschwerdeführer eine entsprechende Gelegenheit geboten, hätte er eine Arbeitsstelle angenommen, an der er einen durchschnittlichen Hilfsarbeiterlohn erzielt hätte. Damit ist von einer Erwerbsfähigkeit auszugehen, die jener eines durchschnittlichen Hilfsarbeiters entspricht. Das Valideneinkommen entspricht somit dem statistischen Zentralwert der Hilfsarbeiterlöhne, vorliegend Fr. 61'414.-- für das Jahr 2010 (vgl. Anhang 2 der IV-Ausgabe der Informationsstelle AHV/IV, Ausgabe 2012). Schliesslich ist auf den Einwand des Beschwerdeführers einzugehen, den dieser in Bezug auf die Validenkarriere vorgebracht hat. Er hat geltend gemacht, die Aufgabe der Tätigkeit bei der E. \_\_\_ AG sei gesundheitsbedingt erfolgt. Gestützt auf den Bericht des Hausarztes Dr. C. \_\_\_ vom 9. März 2018 und das Überweisungsschreiben von Dr. C. \_\_\_ an den Psychiater Dr. Q. \_\_\_ vom 27. Februar 2004 sei erstellt, dass die psychischen Beschwerden ihren Ursprung im Februar 2004 hätten. Somit sei das damalige Einkommen als Valideneinkommen beizuziehen. Dazu ist festzuhalten, dass offenbleiben kann, ob die Aufgabe der Tätigkeit bei der E. \_\_\_ AG gesundheitsbedingt erfolgt war. Wie dargelegt entspricht die Erwerbsfähigkeit des Beschwerdeführers jener eines durchschnittlichen Hilfsarbeiters. Somit ist zur Bemessung des Valideneinkommens auf den statistischen Zentralwert der Hilfsarbeiterlöhne und nicht auf das vor dem Eintritt des Gesundheitsschadens zuletzt erzielte Einkommen (sei es das Einkommen bei der E. \_\_\_ AG oder das Einkommen als Leiter einer Reinigungsequipe) abzustellen.

**4.4.** In Bezug auf die Bemessung des zumutbarerweise erzielbaren Invalideneinkommens ist massgebend, dass dem Beschwerdeführer aufgrund der fehlenden Berufsausbildung einzig eine Invalidenkarriere als Hilfsarbeiter offensteht. Praxisgemäss ist ebenfalls auf die Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik abzustellen, also auf das durchschnittliche Einkommen für einen Hilfsarbeiter im Jahr 2010 in der Höhe von Fr. 61'414.--. Dieses ist um 30% zu reduzieren, was einen Jahreslohn von Fr. 42'990.-- ergibt. Für den Beschwerdeführer geeignete Tätigkeiten sind überwiegend sachorientierte, regelmässige Tätigkeiten ohne erhöhte



Anforderungen an die emotionale Belastbarkeit und die Stressbelastbarkeit. Tätigkeiten in engen Räumen sowie an stark frequentierten Orten sind nicht geeignet. In körperlicher Sicht sollten Tätigkeiten, die Umgang mit Gefahrstoffen beinhalten würden, Arbeiten mit Absturzgefahr und ähnliche Tätigkeiten vermieden werden, also Tätigkeiten mit Überwachungsfunktionen mit besonderer Verantwortung für andere und Arbeiten an gefährlichen Arbeitsplätzen. Die Beschwerdegegnerin hat zu Recht ausgeführt, für den Beschwerdeführer geeignete Tätigkeiten seien etwa Maschinenbedienungs-, Kontroll-, Sortier-, Prüf- sowie Verpackungsarbeiten sowie Arbeiten bei der Lager- und Ersatzteilbewirtschaftung. Kurier- und Lieferdienste sind dem Beschwerdeführer wegen seinem Diabetes mellitus Typ I dagegen nicht zumutbar. Die verbleibende Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers ist somit auf dem allgemeinen und ausgeglichenen Arbeitsmarkt verwertbar. Der Beschwerdeführer hat in diesem Zusammenhang geltend gemacht, gemäss dem Schlussbericht über die berufliche Abklärung liege wegen des unzureichenden Arbeitstempos und der eingeschränkten Konzentrationsfähigkeit sowie wegen den gezeigten Defiziten punkto Selbstständigkeit bzw. Intelligenz bloss eine Verwertbarkeit der Arbeitsleistung auf dem zweiten Arbeitsmarkt vor. Dieser Einwand überzeugt nicht. Eine berufliche Abklärung wird im Rahmen der Prüfung beruflicher Eingliederungsmassnahmen durchgeführt und dient dazu, die Frage, ob und falls ja welche beruflichen Massnahmen anzuordnen sind, zu beantworten. Sie hat somit nicht zum Ziel, die verbleibende Arbeitsfähigkeit abzuklären. Der entsprechende Schlussbericht enthält denn auch keine objektiven Aussagen zur Arbeitsfähigkeit und damit zur Verwertbarkeit der Arbeitsleistung auf dem ersten Arbeitsmarkt. Dieser Schlussbericht ist somit nicht geeignet, die Frage nach der Verwertbarkeit der verbleibenden Arbeitsfähigkeit zu beantworten. Der Beschwerdeführer hat im Vergleich zu einem zu 70% beschäftigten Hilfsarbeiter keine Möglichkeit mehr, ein Einkommen in derselben Höhe zu erzielen. Die Beeinträchtigung der emotionalen Belastbarkeit und der Stressbelastbarkeit und der erhöhte Pausenbedarf können zu einer Einschränkung der Flexibilität, zu einer Verlangsamung bei der Arbeitsverrichtung und zu Behinderungen in den Betriebsabläufen führen. Aus der Sicht eines betriebswirtschaftlich-ökonomisch handelnden Arbeitgebers ist der Wert der Arbeitsleistung des Beschwerdeführers vermindert. Geht man von einem *ökonomischen* Invaliditätsbegriff aus bzw. will man einen Soziallohnanteil ausscheiden, ist aufgrund dieser Nachteile bei der Ermittlung des Ausgangswerts des zumutbarerweise erzielbaren Invalideneinkommens eine Korrektur vom Zentralwert vorzunehmen: Praxisgemäss erscheint ein Tabellenlohnabzug von 10% als angemessen. Der Beschwerdeführer hat geltend gemacht, wegen des Alters und der Fremdsprachigkeit sei ein Abzug zu gewähren. Da es keinen statistischen Beleg dafür gibt, dass das Alter und/oder die Fremdsprachigkeit einen Einfluss auf die Lohnhöhe



hätten, rechtfertigen diese Faktoren keinen Tabellenlohnabzug. Bei einem Tabellenlohnabzug von 10% beläuft sich das zumutbare Invalideneinkommen auf Fr. 38'691.--. Bei einem Valideneinkommen von Fr. 61'414.-- und einem zumutbarerweise erzielbaren Invalideneinkommen von Fr. 38'691.-- resultiert ein IV-Grad von 37%. Daraus folgt, dass der Beschwerdeführer selbst bei einem Arbeitsunfähigkeitsgrad von 30% und unter Berücksichtigung eines Tabellenlohnabzugs von 10% keinen Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung hätte.

**4.5.** Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer nach Ablauf des Wartejahres am 31. Oktober 2009 von November 2009 bis Juni 2010 zu 50% arbeitsunfähig gewesen ist und damit Anspruch auf eine halbe Invalidenrente hat. Ab Juni 2010 besteht bei einem IV-Grad von maximal 37% kein Anspruch mehr auf eine Invalidenrente. Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung ist bei der rückwirkenden Zusprache einer befristeten Invalidenrente Art. 88a Abs. 1 IVV analog anzuwenden, wenn noch vor Erlass der ersten Rentenverfügung eine anspruchsbeeinflussende Änderung eingetreten ist. Dies bedeutet, dass die bisherige höhere Rente grundsätzlich drei Monate über die Verbesserung des Gesundheitszustands hinaus gewährt wird (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 30. April 2019, 8C\_36/2019, E. 5). Infolge dieser dreimonatigen Verzögerung ist dem Beschwerdeführer vom 1. November 2009 bis zum 30. September 2010 eine halbe Invalidenrente zuzusprechen. Anzuführen bleibt, dass berufliche Eingliederungsmassnahmen i.S. des Grundsatzes "Eingliederung vor Rente" bei der Zusprache einer befristeten Invalidenrente nicht in Frage kommen.

**4.6.** In teilweiser Gutheissung der Beschwerde ist die angefochtene Verfügung vom 13. September 2017 aufzuheben und dem Beschwerdeführer ist mit Wirkung vom 1. November 2009 bis zum 30. September 2010 eine halbe Invalidenrente zuzusprechen. Die Sache ist zur Festsetzung und Ausrichtung des Rentenbetrags an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Für die Zeit ab 1. Oktober 2010 besteht kein Anspruch auf eine Invalidenrente.

## 5.

**5.1.** 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<sup>bis</sup> IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Dem



Ausgang des Verfahrens entsprechend ist sie vollumfänglich der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

**5.2.** Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Die Parteientschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b der Honorarordnung (sGS 963.75) pauschal Fr. 1'500.-- bis Fr. 15'000.--. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat keine Honorarnote eingereicht. In einem durchschnittlich aufwändigen IV-Rentenfall wie dem vorliegenden spricht das Versicherungsgericht praxisgemäss eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- zu.

### Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

#### 1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung vom 13. September 2017 aufgehoben und dem Beschwerdeführer wird vom 1. November 2009 bis zum 30. September 2010 eine halbe Invalidenrente zugesprochen; die Sache wird zur Festsetzung und Ausrichtung des Rentenbetrags an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen; für die Zeit ab 1. Oktober 2010 wird die Beschwerde abgewiesen.

#### 2.

Die Beschwerdegegnerin hat die Gerichtskosten von Fr. 600.-- zu bezahlen.

#### 3.

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