



Fall-Nr.: IV 2019/232
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 10.02.2022
Entscheiddatum: 24.08.2021

Entscheid Versicherungsgericht, 24.08.2021

Art. 28 IVG. Art. 16 ATSG. Prüfung eines Rentenanspruchs unter Berücksichtigung eines polydisziplinären Gutachten. Einkommensvergleich. Kein rentenbegründender Invaliditätsgrad. Abweisung der Beschwerde (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 24. August 2021, IV 2019/232).

Entscheid vom 24. August 2021

Besetzung

Präsident Ralph Jöhl, Versicherungsrichterinnen Monika Gehrler-Hug und Karin Huber-Studerus; Gerichtsschreiberin Vera Kolb

Geschäftsnr.

IV 2019/232

Parteien

A.____,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Simon Näscher, Alte Landstrasse 106, Postfach, 9445 Rebstein,

gegen

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



Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

Rente

Sachverhalt

A.

A.a. A.____ meldete sich im Januar 2015 zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (IV-act. 1). Er gab an, seit dem 27. Februar 2014 an Schlafstörungen, Instabilität der Beine, Appetitlosigkeit, Unsicherheitsgefühl, Gleichgewichtsstörungen und Verlust des Selbstvertrauens zu leiden. Er habe keine Berufsbildung. Seine letzte Arbeitgeberin (B.____ AG) führte am 17. Februar 2015 aus (IV-act. 11), der Versicherte habe vom 1. Juni 1995 bis zum 31. August 2014 als Mitarbeiter Packerei Konfektion gearbeitet, wobei der letzte Arbeitstag der 25. Februar 2014, also der Tag, an dem die Kündigung ausgesprochen worden sei, gewesen sei. Zuletzt habe er in einem Pensum von 100% bei 42.5 Arbeitsstunden pro Woche ein monatliches AHV-beitragspflichtiges Einkommen von Fr. 5'460.-- erzielt (woraus sich ein Jahresbruttolohn von Fr. 70'980.-- [inkl. 13. Monatslohn] für das Jahr 2014 ergibt).

A.b. Gemäss einem der IV-Stelle am 24. April 2015 eingereichten vorläufigen Bericht der C.____ AG (IV-act. 23), Privatklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 3. Februar 2015 war der Versicherte vom 26. Januar 2015 bis 20. Februar 2015 in stationärer Behandlung gewesen. Die Fachärzte hatten angegeben, der Versicherte leide an einer Anpassungsstörung, längere depressive Reaktion nach Kündigung der Arbeitsstelle 02/2014, DD: mittelgradige depressive Episode, sowie an einer unklaren Beinschwäche mit rezidivierenden Stürzen. Beim Austritt habe der Versicherte ein affektiv aufgestelltes und hoffnungsfrohes Befinden beschrieben und noch leichte Schlaf- und Konzentrationsstörungen erwähnt. Gegenüber den beim Eintritt erwähnten Wutgefühlen habe sich der Versicherte deutlich distanziert gezeigt. Psychopathologisch habe noch eine leicht verminderte Belastbarkeit bestanden; Anhaltspunkte für eine akute Selbst- oder Fremdgefährdung seien nicht vorhanden



St.Galler Gerichte

gewesen. Der RAD-Arzt Dr. med. D.____ notierte am 21. Mai 2015 (IV-act. 26), aufgrund der Beschreibung beim Austritt sei die Behandlung erfolgreich gewesen. Bei dem beschriebenen positiven Behandlungsverlauf könne nun mindestens von einer 50% Arbeitsfähigkeit angestammt und adaptiert ausgegangen werden; eine Steigerung auf 100% sei möglich.

A.c. Am 10. Juli 2015 berichtete med. pract. E.____(IV-act. 34), Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, von der Tagesklinik F.____ gegenüber der IV-Stelle, der Versicherte leide seit Juni 2015 an einer mittelgradigen depressiven Episode mit einem somatischen Syndrom und seit März 2015 bestehe ein Verdacht auf eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen und emotional instabilen Zügen. Der Versicherte sei bewusstseinsklar, wach, jünger wirkend, sehr vital und zu allen Qualitäten ausreichend orientiert. Hinweise auf eine Aufmerksamkeits- und Konzentrationsschwäche seien vorhanden. Der Versicherte habe Gedächtnisstörungen beklagt, sei im formalen Gedankengang beschleunigt, weitschweifig, berichte von Grübeln, Zukunftssorgen und Minderwertigkeitsgefühlen. Hinweise für eine Wahnsymptomatik, Sinnestäuschungen und Zwänge seien nicht vorhanden. Im Affekt sei er labil und oft fassadär. Beim Erzählen über eigene Schwächen sei eine tiefe Traurigkeit spürbar. Im Antrieb sei er unauffällig, psychomotorisch unruhig. Vegetative Störungen bestünden in Form von Durchschlafbeschwerden und zeitweiser Inappetenz. Aufgrund der Kündigung der letzten Arbeitsstelle sei er stark gekränkt. Hinweise für eine akute Selbst- oder Fremdgefährdung bestünden nicht. Die Prognose sei bei dem Versicherten als eher günstig zu bewerten. In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit bestehe eine volle Arbeitsunfähigkeit. Ab dem 1. Oktober 2015 sei von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen. Am 8. September 2015 berichtete med. pract. G.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, von der Tagesklinik F.____ gegenüber der IV-Stelle (IV-act. 35), der Versicherte leide an einer mittelgradigen depressiven Episode mit einem somatischen Syndrom, einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung und dissoziativen Bewegungsstörungen. Der Verlauf sei seit dem letzten Bericht im Juli 2015 stationär, die Befunde seien unverändert.

A.d. Der RAD-Arzt Dr. D.____ hielt am 8. Oktober 2015 fest (IV-act. 39), dem Versicherten seien berufliche Eingliederungsmassnahmen mit einer 50%igen Präsenz möglich. Das Leistungsbild sei noch schwach, aber steigerbar. Körperlich leichte bis



mittelschwere Tätigkeiten, die überwiegend im Sitzen ausgeübt werden könnten, seien zumutbar. Für eine Wiedereingliederung sei anfangs ein ruhiges Arbeitsumfeld mit überschaubaren Aufgaben, geringem Konfliktpotenzial, wenig Zeitdruck und ohne Multitasking günstig. Die Tätigkeit dürfe keine Anforderungen an die Konzentration, die Aufmerksamkeit, die mentale Flexibilität und die psychische Belastbarkeit stellen. Eine begleitende ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung sei angezeigt.

A.e. Am 19. September 2016 berichtete med. pract. H.____ von der Psychiatrie-Praxis I.____ (IV-act. 79), der Versicherte leide an einer mittelgradigen depressiven Episode (im Rahmen von Extrembelastung und passager schweren depressiven Episoden spontan remittierend mit tiefer Hoffnungslosigkeit und Suizidgedanken), an einer dissoziativen Bewegungsstörung der unteren Extremitäten (Ausschluss neurologische Symptomatik wiederholt durch Facharzt 01/2016) und an einer prolongierten Anpassungsstörung (Schwierigkeiten bei Akzeptanz neuer Lebensumstände nach Kündigung im hohen Erwerbsalter). Bei fortgesetzter integriert psychiatrischer/psychotherapeutischer Behandlung sei von einer weiteren Remission der aktuell mittelgradig depressiven bis hin zu leichtgradig depressiven Symptomen auszugehen. Des Weiteren zeichne sich eine verbesserte Koordinationsfähigkeit und Muskelkraft der unteren Extremitäten ab. Eine angepasste Tätigkeit bei 50% der Arbeitszeit bei 100% der Arbeitsleistung sei möglich. Der Versicherte sollte zwischen stehenden und sitzenden Tätigkeiten wechseln können, keine schweren Gegenstände heben und keinesfalls repetitive Tätigkeiten ausüben müssen, da sich letztere depressionsverstärkend auswirkten. Sofern eine geeignete Tätigkeit aufgenommen und begleitend die integrierte psychiatrische Behandlung fortgesetzt werde, sei mit einer langfristigen nachhaltigen Remission der depressiven Symptomatik zu rechnen. Der RAD-Arzt Dr. D.____ notierte am 12. Oktober 2016 (IV-act. 83), med. pract. H.____ bestätige die bisherige 50%ige Arbeitsfähigkeit. Aus den Angaben könne geschlossen werden, dass in absehbarer Zeit eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit möglich sei.

A.f. Am 7. Februar 2017 hatten die Fachärzte der Klinik für Neurologie des Kantonsspitals St. Gallen gegenüber dem Hausarzt med. pract. J.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, berichtet, sie hätten folgende Diagnose erhoben (IV-act. 106-2 ff.): Subjektiv muskuläre Erschöpfbarkeit der unteren Extremitäten mit Koordinationsstörung und isolierter Hypästhesie für Berührung Th2-3 interscapulär



St.Galler Gerichte

(ätiologisch offen, DD: im Rahmen von Diagnose 2) und schwere exogene Depression (Verdacht auf narzisstische Persönlichkeitsstörung und Somatisierungstendenz). Klinisch neurologisch komme eine bizarr anmutende Gang- und Koordinationsstörung der unteren Extremitäten zur Darstellung ohne Hinweise für höhergradige Paresen mit teils inkongruenten Untersuchungsbefunden (sakkadierte Innervation, langsames Abgleiten in die Kniebeuge und selbständiges Aufrichten möglich trotz Angabe einer aufgrund einer Beinschwäche bestehenden Bewegungseinschränkung). Lediglich der Reflexstatus mute an der unteren Extremität im Vergleich zu den oberen Extremitäten leicht lebhafter an. Die Befunde der Elektrophysiologie seien vor dem Hintergrund der unauffälligen bildgebenden Diagnostik und bei beidseitiger Auffälligkeit, klinisch jedoch lediglich rechtsseitiger (sensibler) Symptomatik, als am ehesten unspezifisch bzw. möglicherweise technisch bedingt einzuordnen. Bildgebend habe eine spinale und cerebrale Pathologie ausgeschlossen werden können. Letztlich bestehe kein Grund zur Annahme einer zugrundeliegenden neurologischen Erkrankung bezüglich des eher bizarr anmutenden Beschwerdekompleses, was eine psychogene Ursache in den Vordergrund rücke.

A.g. Der Hausarzt med. pract. J.____ berichtete am 26. Juni 2017 (IV-act. 116), der Versicherte leide mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit an einer subjektiven muskulären Erschöpfbarkeit in den unteren Extremitäten mit Koordinationsstörungen und isolierter Hypästhesie für Berührung Th2-3 interscapulär und an einer Anpassungsstörung, längere depressive Reaktion nach Kündigung der Arbeitsstelle 02/2014, DD: mittelgradige depressive Episode mit unklarer Beinschwäche mit rezidivierenden Stürzen. Im Verlauf der letzten zweieinhalb bis drei Jahre sei psychisch eine Stabilisierung eingetreten, wobei die Beinschwäche weiterhin progredient sei. Vom 5. Dezember 2014 bis zum 30. Juni 2017 habe eine volle Arbeitsunfähigkeit bestanden. Ab dem 1. Juli 2017 bestehe eine 50%ige Arbeitsfähigkeit.

A.h. Der Eingliederungsverantwortliche der IV-Stelle hielt am 4. September 2017 fest (IV-act. 120), der Versicherte sei vom 8. Februar 2016 bis zum 7. August 2017 im Rahmen einer Integrationsmassnahme unterstützt worden. Dabei habe eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit auf maximal 50% realisiert werden können (vier Stunden täglich bei voller Leistungsfähigkeit), welche im ersten Arbeitsmarkt effektiv verwertbar sei. Eine weitere Steigerung sei aufgrund der gesundheitlichen Einschränkungen nicht möglich



gewesen. Am 5. September 2017 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, dass kein Anspruch auf weitere berufliche Massnahmen bestehe (IV-act. 122).

A.i. Am 6. November 2017 berichtete med. pract. H.____ (IV-act. 127), er habe beim Versicherten folgende psychiatrische Diagnosen erhoben: Angst und depressive Störung, dissoziative Bewegungsstörung und Schwierigkeiten bei der Lebensführung. Seit August 2017 bestehe eine 60%ige Arbeitsunfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit (Fachkraft für Verpackung und Logistik). Der Versicherte verfüge über eine reduzierte Konzentrations- und Merkfähigkeit und eine schnelle körperliche Erschöpfbarkeit. Er sei unfähig, lange zu stehen oder übermässig lange in einer Position zu sitzen; auch bei stehenden Tätigkeiten sei der Versicherte eingeschränkt. Eine behinderungsangepasste Tätigkeit sei dem Versicherten während maximal drei bis vier Stunden täglich zumutbar. Auf Nachfrage der IV-Stelle gab med. pract. H.____ an, dass die Voraussetzungen für die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung nicht erfüllt seien. Am 16. Januar 2018 reichte med. pract. H.____ unter anderem einen Bericht von Dr. med. K.____, Fachärztin für Neurologie FMH, vom 13. April 2015 ein (IV-act. 133-2 ff.). Darin hatte Dr. K.____ als Diagnose eine unklare Schwäche im rechten Bein angegeben. Sie hatte ausgeführt, dass diese Beinschwäche aus neurologischer Sicht unklar bleibe. Eine relevante motorische Läsion des N. peroneus rechts habe elektrophysiologisch nicht nachgewiesen werden können. Auch der Steppergang rechts bleibe unklar. Am 5. Februar 2018 berichtete Dr. J.____ (IV-act. 136), er habe beim Versicherten aufgrund der Angabe von Schmerzen im linken Schultergelenk vor allem bei der Abduktion eine Ultraschalluntersuchung vorgenommen. Dabei habe sich eine intakte Supraspinatussehne mit Verkalkung im Sinne einer Tendinitis calcarea der SSP links gezeigt. Die SSC, Bicepssehne, Infraspinatussehne und das AC Gelenk seien ebenfalls intakt bzw. unauffällig. Bezüglich der Kniegelenksarthrose bestehe klinisch eine Retropatellararthrose in leichtgradigem Ausmass.

A.j. Die Fachärzte der Klinik für Neurologie des Kantonsspitals St. Gallen hatten am 14. Mai 2018 gegenüber der L.____ AG in einem Austrittsbericht angegeben (IV-act. 143-7 ff.), der Versicherte sei vom 2. Mai bis zum 9. Mai 2018 hospitalisiert gewesen. Sie hatten folgende Diagnosen erhoben: Funktionelle Gangstörung, Status nach schwerer exogener Depression mit Verdacht auf narzisstische Persönlichkeitsstörung und Verdacht auf Somatisierungstendenz (aktuell leichte bis mittelschwere depressive



Symptomatik). Sie führten aus, eine ENMG-Untersuchung sowie ein natives MRI von Schädel und Halswirbelsäule seien unauffällig gewesen. Das MEP und auch ein vorbekanntes Kavernom im Marklager frontal rechts zeigten keine Veränderungen auf. Hinweise auf eine Myelopathie seien nicht vorhanden. Zusammenfassend sei bei einer unauffälligen Diagnostik und Besserung der Symptomatik unter kognitiver Ablenkung nicht von einer organischen, sondern von einer funktionellen Genese auszugehen. Der Versicherte werde in die L. ___ AG verlegt. Am 6. Juli 2018 hatten die Fachärzte der L. ___ AG, Klinik für akutstationäre neurologische und orthopädische Rehabilitation, gegenüber der Klinik für Neurologie berichtet (IV-act. 243-2 ff.), der Versicherte sei vom 9. Mai bis 22. Juni 2018 bei ihnen hospitalisiert gewesen. Folgende Diagnosen seien erhoben worden: Funktionelle Gangstörung, schwere exogene Depression (mit Verdacht auf narzisstische Persönlichkeitsstörung und Verdacht auf Somatisierungstendenz) bei einer aktuell leichten bis mittelschweren depressiven Symptomatik, subjektiv muskuläre Erschöpfbarkeit der unteren Extremitäten mit Koordinationsstörung und isolierter Hypästhesie für Berührung TH2-3 interscapulär. Während der Hospitalisation habe eine Verbesserung des sturzsicheren Gangbildes, ein guter muskulärer Aufbau mit deutlicher Steigerung der Ausdauerleistung und eine psychische Stabilisierung der depressiven Grunderkrankung erzielt werden können. Vom 9. Mai 2018 bis zum 6. Juli 2018 habe eine volle Arbeitsunfähigkeit bestanden.

A.k. Am 21. September 2018 erteilte die IV-Stelle der MGSG Medizinisches Gutachtenzentrum Region St.Gallen GmbH (nachfolgend: MGSG) einen Auftrag für eine polydisziplinäre Abklärung des Versicherten in den Fachdisziplinen Allgemeine Innere Medizin, Neurologie, Orthopädie und Psychiatrie (IV-act. 149). Am 29. Januar 2019 (vgl. S. 13) erstattete die MGSG ein polydisziplinäres Gutachten (IV-act. 157). Der orthopädische Sachverständige führte in seinem Teilgutachten aus, dass die Schmerzen und die Schwäche in beiden Beinen und die pathologischen objektiven Befunde der Hüften mit dem quasi normalen radiologischen Befund nicht plausibilisiert bzw. erklärt werden könnten. Daher bestehe aus orthopädischer Sicht keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit leide der Versicherte an unklaren Schmerzen und Schwäche in den Beinen, an Senk- und an Spreizfüssen und Präadipositas. Die neurologische Sachverständige gab an: "Aufgrund der aktuell erfassten bizarr und spastisch anmutenden Gangstörung, leichter



Reflexbetonung im Bereich der unteren Extremität, proximal betonter muskulärer Parese, insbesondere Hüftbeugung, Kniestreckung beidseits, etwas linksbetonten Oberflächensensibilitätsstörungen im Bereich der distalen unteren Extremität wie einer Pallhyp- respektive Pallanästhesie und unsicherem Lageempfinden, vor dem Hintergrund der bisher ermittelten allesamt elektrophysiologisch unauffälligen Befunde 2015, Verlaufsuntersuchung 2018, ebenso für ein Stiff-Person-Syndrom fehlenden richtungsweisenden Antikörpern, Amphiphysin Antikörper, GAD II, Glutamat-Decarboxylase Antikörper" könne keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erhoben werden. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestehe sehr wahrscheinlich eine funktionelle Ätiologie einer muskulären Tonisierung im Bereich der unteren Extremität mit einer Stand-, Gang- und Gleichgewichtsstörung sowie als Differentialdiagnose ein Stiff-Person-Syndrom, das trotz den bisherigen, sämtlich negativen Abklärungsbefunden nicht abschliessend ausschliessbar sei. Der psychiatrische Sachverständige erläuterte in seinem Teilgutachten, dass er beim Versicherten eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode, als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erhoben habe. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit leide der Versicherte an einer dissoziativen Bewegungsstörung und an akzentuierten, narzisstisch kränkbaren Persönlichkeitszügen. Der Sachverständige führte weiter aus, der Versicherte habe nach einer unerwarteten, plötzlichen Kündigung mit fristloser Freistellung im Februar 2014 im Rahmen von anfänglichen Anpassungsstörungen mit vorwiegender Störung von anderen Gefühlen wie Angst, Depression, Sorgen, Anspannung und Ärger eine mittelgradige depressive Episode entwickelt. Seither könne trotz stationärer, teilstationärer und ambulanter psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlung eine rezidivierende depressive Störung mit überwiegend mittelgradigen Episoden erhoben werden, wobei seit etwa einem Jahr eine leichte Besserung des psychischen Zustandsbildes mit gegenwärtig leichter bis mittelgradiger depressiver Episode vorhanden sei. Zusätzlich habe der Versicherte einige Monate nach der Kündigung im Februar 2014 eine dissoziative Bewegungsstörung mit Fallneigung und wiederholten Verletzungen entwickelt. Dabei handle es sich um eine psychogene Störung, die in naher zeitlicher Verbindung zum traumatisierenden Ereignis stehe. Da die dissoziative Bewegungsstörung bereits länger als ein bis zwei Jahre dauere, könne eine Chronifizierung angenommen werden. Die vom Versicherten berichteten und geklagten



Beschwerden seien teilweise inkonsistent und etwas widersprüchlich. Einerseits habe der Versicherte angegeben, dass er nicht mehr spazieren könne, andererseits sei schwer nachvollziehbar, wie bei der demonstrierten Bewegungsstörung der unteren Extremitäten gemäss Angaben des Versicherten täglich etwa 4 km Wegstrecke über Stunden gelaufen werden könne, nachdem angeblich nach 10 bis 15 Minuten Stehen eine Fallneigung eintrete. Der Beschwerdeführer habe während der Untersuchung eine Verdeutlichung der Bewegungsstörung mit demonstrativem Vorführen der Fallneigung und der Behinderung gezeigt; es fänden sich Hinweise für eine Aggravation und einen sekundären Krankheitsgewinn, womit der Beschwerdeführer auf seine triste Situation hinweisen wolle. Zusammenfassend gaben die Sachverständigen in ihrer Konsensbeurteilung an, der Versicherte leide mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit an einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode. Aufgrund dieser rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode, und der Einschränkung der emotionalen Belastbarkeit, der geistigen Flexibilität, des Antriebs, der Interessen, der Motivation und Dauerbelastbarkeit habe die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Lagerist/Maschinenführer bei einer vollen Stundenpräsenz vom März 2014 bis Oktober 2017 60% betragen. Nach der Besserung des psychischen Zustandsbildes mit einer leichten bis mittelgradigen depressiven Episode seit dem November 2017 betrage die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit bei voller Stundenpräsenz 70%. Adaptierte Tätigkeiten ohne erhöhte emotionale Belastung, ohne Stressbelastung, ohne erforderliche geistige Flexibilität, ohne vermehrte Kundenkontakte und ohne überdurchschnittliche Dauerbelastung seien vom März 2014 bis Oktober 2017 bei voller Stundenpräsenz zu 70% und ab November 2017 zu 80% möglich gewesen. Dem Versicherten sei eine längerfristige Fortsetzung der regelmässigen psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung, kombiniert mit einer ausreichend dosierten antidepressiven Medikation, zu empfehlen, wobei die medikamentöse Therapie durchaus modifiziert und intensiviert werden könne und die Medikamente auch effektiv regelmässig eingenommen werden müssten. Unter diesen therapeutischen Massnahmen sei im günstigen Fall innerhalb eines Jahres in Abhängigkeit von psychosozialen Faktoren eine Besserung des psychischen Zustandsbildes mit Leistungssteigerung und gesamthaft bei voller Stundenpräsenz 100%iger Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit medizinisch-theoretisch zu erwarten.



Allerdings sei zu befürchten, dass bei Anforderungen eine vermehrte Fixierung auf die körperlichen Beschwerden mit verstärkten dissoziativen Störungen und verstärkten reaktiv depressiven Verstimmungen eintreten könne. Der RAD-Arzt Dr. D.____ gab am 27. Februar 2019 an (IV-act. 158), das MGSG-Gutachten sei umfassend und schlüssig. Die im Konsens abgeleiteten medizinischen Schlussfolgerungen seien versicherungsmedizinisch nachvollziehbar. Die wesentlichen Einschränkungen hätten in der Beurteilung Berücksichtigung gefunden. Die Indikatoren gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung seien eingehend erörtert worden. Aus versicherungsmedizinischer Sicht könne auf das Gutachten abgestellt werden.

A.I. Mit einem Vorbescheid vom 29. März 2019 kündigte die IV-Stelle dem Versicherten die Abweisung des Leistungsbegehrens an (IV-act. 165). Der Versicherte liess am 20. Mai 2019/21. Juni 2019 (IV-act. 169 und 173) die Aufhebung des Vorbescheids vom 29. März 2019 und die Zusprache einer Invalidenrente auf der Grundlage eines Invaliditätsgrades von mindestens 50% beantragen. Zur Begründung führte er aus, die Ansicht, das MGSG-Gutachten sei umfassend, schlüssig und nachvollziehbar, könne nicht geteilt werden. Die Gutachter hätten angegeben, die therapeutischen Optionen seien bisher nicht ausgenutzt worden und unter Wiederaufnahme der psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung, kombiniert mit einer ausreichend dosierten antidepressiven Medikation, sei eine Besserung des psychischen Zustandsbildes mit einer Leistungssteigerung und einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeiten medizinisch theoretisch zu erwarten. Allerdings werde befürchtet, dass bei Anforderungen eine vermehrte Fixierung auf die körperlichen Beschwerden mit verstärkten dissoziativen Störungen und verstärkten reaktiv depressiven Verstimmungen eintreten könnte. Hier sei nicht nachvollziehbar, wieso derartige Vorbehalte nicht in die Prognose eingezogen worden seien, sondern zuungunsten des Versicherten vom günstigsten Fall ausgegangen worden sei. Die Prognose entbehre jeglicher Grundlage und sei aus medizinischer Sicht unbegründet. Ausserdem stehe sie in einem krassen Widerspruch zu den Feststellungen der behandelnden Ärzte; der frühere Hausarzt Dr. J.____ habe seit dem Februar 2014 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit und seit Oktober 2017 eine 50% Arbeitsunfähigkeit angegeben. Auch die Zeit selbst habe gezeigt, dass die Prognose im Gutachten nicht zutreffe; das Arbeitsintegrationsprogramm im Jahr 2017 habe nach einem kurzen Erreichen einer



50%igen Arbeitsfähigkeit aufgrund von Gleichgewichtsproblemen abgebrochen werden müssen. Die Schätzung einer 80%igen Arbeitsfähigkeit in einer angestammten Tätigkeit gemäss dem MGSG-Gutachten sei schon aus diesem Grund nicht nachvollziehbar. Der Beschwerdeführer liess unter anderem ein ärztliches Attest vom 19. Juni 2019 (IV-act. 173 9 f.) von P.____, Praktischer Arzt FMH, und einen ärztlichen Bericht vom 20. Juni 2019 (IV-act. 173-11 f.) von Dr. med. M.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, einreichen. Der praktische Arzt P.____, der neue Hausarzt des Versicherten, hatte ausgeführt, der Versicherte leide an einer chronifizierten Gang-, Stand- und Gleichgewichtsstörung, assoziiert mit einem plötzlichen Tonusverlust der Muskulatur und mit einer Fallneigung, an einer depressiven Störung mit einer möglichen Persönlichkeitsstörung und Anpassungsstörung und an Schmerzen im Bewegungsapparat. Der Versicherte habe berichtet, dass er vermehrt an Wirbelsäulenschmerzen (vom Nacken, den Schultern beidseits, der Wirbelsäule, bis in die Hüften beidseits ziehend) leide. Aufgrund von Gleichgewichtsstörungen und einer plötzlichen Fallneigung sei auch sein alltägliches Leben von der Krankheit bestimmt; faktisch seien die Beine nicht mehr funktionierend. Die Schlussfolgerungen der Sachverständigen des MGSG seien unsinnig, denn die Beschwerden würden klar und deutlich nachweislich bestehen, auch ohne bzw. unabhängig davon, ob die Ärzte die Erkrankung erklären könnten oder nicht. Dass er wegen seiner Erkrankung praktisch invalide sei, werde übergangen und ignoriert. Er könne unter den aktuellen Umständen absolut nicht eine volle Erwerbsfähigkeit erkennen. Gemäss einem ärztlichen Zeugnis hatte Herr P.____ dem Versicherten vom 1. bis zum 30. Juni 2019 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (IV-act. 173-16). Dr. M.____ hatte angegeben (IV-act. 173-11 f.), der Versicherte befinde sich seit April 2019 bei ihm in einer integriert-psychiatrischen Behandlung. Er leide an einer Konversionsstörung/dissoziativen Bewegungsstörung. Weiterhin bestehe eine langjährige depressive Symptomatik mit ausgeprägten Schlafstörungen und Konzentrations- und Leistungsverlust mit körperlich schneller Ermüdbarkeit, die sich aggravierend zur Hauptdiagnose auswirke. Aufgrund der Einschränkung der unteren Extremitäten und der latenten Sturzgefahr sei der Versicherte in der angestammten Tätigkeit voll arbeitsunfähig, was die Arbeitssuche ausbremse. Dies habe im MGSG-Gutachten keinerlei Beachtung gefunden und die Sachverständigen seien von einer deutlich höheren Resterwerbsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit ausgegangen.



Diese Einschätzung sei nicht nachvollziehbar. In einer behinderungsangepassten Tätigkeit sei maximal eine 50% Arbeitsfähigkeit gegeben. Der RAD-Arzt Dr. D.____ hielt dazu am 27. Juni 2019 fest (IV-act. 174), aus versicherungsmedizinischer Sicht enthielten die jetzt vorgelegten medizinischen Unterlagen keine Gesichtspunkte, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt geblieben und geeignet seien, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen. Der praktische Arzt Herr P.____ habe weder die von ihm erhobenen klinischen Befunde noch die objektivierbaren Funktionseinschränkungen beschrieben; er habe lediglich die Angaben des Versicherten wiedergegeben. Dr. M.____ habe von einer Konversionsstörung/dissoziativen Bewegungsstörung und einer langjährigen depressiven Symptomatik berichtet. Beide Diagnosen seien vom MGSG-Sachverständigen ebenfalls gestellt worden, wobei dieser nachvollziehbar ausgeführt hätte, dass die dissoziative Bewegungsstörung einem syndromalen Beschwerdebild entspreche und nach den derzeit gültigen Beurteilungskriterien zu beurteilen sei. Ausserdem seien IV-fremde psychosoziale Faktoren zu berücksichtigen. Die Angaben von Dr. J.____ seien nicht mehr aktuell. Der Hinweis, dass der neue Hausarzt Herr P.____ wieder eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit dem 1. Juni 2019 attestiert habe, vermöge an der ausführlich begründeten gutachterlichen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nichts zu ändern. Versicherungsmedizinisch könne daher weiterhin auf das MGSG-Gutachten abgestellt werden. Am 28. Juni 2019 verfügte die IV-Stelle die Abweisung des Leistungsbegehrens (IV-act. 175).

B.

B.a. Am 9. September 2019 liess der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer) Beschwerde gegen die Abweisungsverfügung der IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) vom 28. Juni 2019 erheben (act. G 1). Er beantragte die Aufhebung der angefochtenen Verfügung und die Ausrichtung einer Invalidenrente auf der Grundlage eines Invaliditätsgrades von mindestens 50%. Neben dem bereits in der Stellungnahme zum Vorbescheid Ausgeführten machte der Beschwerdeführer in der Begründung im Wesentlichen geltend, dass ein "Leidensabzug" von mindestens 15% zu berücksichtigen sei, da er seine gesundheitlich bedingte Restarbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit einem unterdurchschnittlichen erwerblichen Erfolg würde verwerten können. Am 15. Oktober 2019 liess der Beschwerdeführer wie



in der Beschwerde angekündigt, eine fachliche Stellungnahme zum IV-Gutachten von med. pract. H.____ und Dr. M.____ nachreichen (act. G 3). Diese hatten ausgeführt, der Beschwerdeführer leide an einer funktionellen Gangstörung (entspreche einer dissoziativen Bewegungsstörung/Konversionsstörung), einer mittelgradigen depressiven Episode und es bestehe der Verdacht auf eine Persönlichkeitsstörung. Der Beschwerdeführer zeige das Bild einer isolierten Kraft-, Sensibilitäts- und Koordinationsbeeinträchtigung der unteren Extremitäten, linksbetont. Weiter träten Schwankschwindelzustände und plötzliche Kraftverluste auf. Bisherige fachliche Beurteilungen hätten das Symptombild nicht einem klar definierten Krankheitsbild zuordnen können. Das Symptombild sei seit der Kündigung im Jahre 2014 progredient, stehe aber ursächlich mit tiefgreifenden Konflikten in der Kindheit in Zusammenhang. Der Versicherte sei in einem politischen Konfliktgebiet aufgewachsen und bereits ab dem 8. Lebensjahr Ziel von gewaltsamen und sexuellen Übergriffen geworden. Der Beschwerdeführer habe dies aus kulturell nachvollziehbaren Gründen mit Diskretion behandeln wollen. Insbesondere finde die permanente Bedrohung und Ausgrenzung als Armenier in der damals annektierenden Q.____ und die Diskriminierung der armenischen Minderheit unter schwierigen wirtschaftlichen Verhältnissen der Familie nach dem Tod des Vaters, als der Beschwerdeführer 7 Jahre alt gewesen sei, kaum Erwähnung im Gutachten. Es heisse, der Versicherte habe eine "unauffällige Kindheit gehabt". Psychiatrisch anamnestisch sei nicht ausreichend exploriert und kein Bezug zum tiefen Kränkungsereignis infolge der Kündigung mit schweren innerpsychischen Auswirkungen im Zusammenhang mit den traumatisierenden Kindheitserfahrungen hergestellt worden. Die Klassifikation der Konversionsstörungen beziehe sich exakt auf das beim Beschwerdeführer gesehene Krankheitsbild, bei dem die beschriebenen Symptome des Verlustes von sonst der willentlichen Kontrolle unterliegenden Körperfunktionen und der sinnlichen Wahrnehmung beschrieben seien. Eine stationär geführte psychosomatische Therapie sei geplant.

B.b. In ihrer Beschwerdeantwort vom 27. November 2019 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde (act. G 5). Sie führte insbesondere aus, das MGSG-Gutachten enthalte eine vollständige Anamnese, berücksichtige die geklagten Beschwerden, leuchte in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge ein und enthalte begründete Schlussfolgerungen.



Daher sei ihm Beweiskraft zuzumessen. Ein Tabellenlohnabzug sei nicht gerechtfertigt, da der Beschwerdeführer seine Restarbeitsfähigkeit von 80% in einer adaptierten Tätigkeit voll verwerten könne. Sie legte eine Stellungnahme des RAD-Arztes Dr. D.____ vom 13. November 2019 bei (act. G 5.1). Dieser hatte ausgeführt, med. pract. H.____ und Dr. M.____ hätten die gutachterlich gestellte Diagnose einer dissoziativen Bewegungsstörung bestätigt. Die von med. pract. H.____ und Dr. M.____ genannte mittelgradige depressive Episode werde nicht mit entsprechenden psychopathologischen Befunden belegt, sodass nicht darauf abgestellt werden könne. Mit dem geäusserten Verdacht auf eine Persönlichkeitsstörung habe sich der psychiatrische MGSG-Sachverständige bereits ausführlich auseinandergesetzt und dabei das narzisstische Muster durchaus bestätigt. Im Schweregrad sei der Sachverständige aber von einer Persönlichkeitsakzentuierung ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit ausgegangen. Aus den von med. pract. H.____ und Dr. M.____ gestellten Diagnosen ergebe sich versicherungsmedizinisch somit nichts Neues. Eine erneute stationäre Behandlung werde aufgegleist. Damit setzten med. pract. H.____ und Dr. M.____ genau die therapeutische Empfehlung des psychiatrischen Sachverständigen um. Aufgrund der geplanten Hospitalisation ergebe sich versicherungsmedizinisch keine andere Beurteilung. Die Anamnese im MGSG-Gutachten sei entgegen den Behauptungen des Beschwerdeführers ausführlich beschrieben worden. Die genannten Probleme in der Kindheit (Aufwachsen in einem politischen Konfliktgebiet, gewaltsame und sexuelle Übergriffe) habe der Beschwerdeführer bei der gutachterlichen Befragung nicht angegeben. Die Angaben dazu in den Vorakten seien dem Sachverständigen bekannt gewesen. Daraus und aus der Tatsache, dass die traumatisierenden Ereignisse im vertrauensvollen Setting mit den Therapeuten nur knapp Erwähnung fänden, lasse sich schliessen, dass sie nicht im Zentrum des Störungsbildes und seiner funktionellen Auswirkungen gestanden hätten. Wenn der Beschwerdeführer bei der gutachterlichen Exploration mögliche frühere traumatisierende Ereignisse nicht erwähnt habe, könne daraus kein gutachterliches Versäumnis abgeleitet werden. Med. pract. H.____ und Dr. M.____ hätten in ihrer Stellungnahme keine aktuellen psychopathologischen Befunde und keine daraus resultierenden Funktionseinschränkungen beschrieben. Zu den Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit habe der psychiatrische Sachverständige ausführlich und nachvollziehbar Stellung genommen und dargelegt, dass die von der Rechtsprechung aufgestellten Kriterien nicht in dem Masse erfüllt



sein, dass daraus eine rententragende Arbeitsunfähigkeit resultieren würde. Dass die Kündigung eine tiefe Kränkung für den Beschwerdeführer darstelle, sei vom psychiatrischen Gutachter an verschiedenen Stellen gewürdigt worden. Insgesamt lasse sich der Stellungnahme von med. pract. H.____ und Dr. M.____ keine objektivierbare Veränderung des Gesundheitszustandes mit einer anhaltenden und relevanten Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit entnehmen. Versicherungsmedizinisch könne weiterhin auf das MGSG-Gutachten abgestellt werden.

B.c. In seiner Replik vom 19. März 2020 liess der Beschwerdeführer an seinen Anträgen festhalten (act. G 11). Er führte ergänzend aus, er sei vom 28. November 2019 bis zum 30. Januar 2020 in der Klinik N.____ hospitalisiert gewesen. Dies belege, dass er auch ein Jahr nach der Begutachtung noch an denselben Beschwerden leide, und es zeige, dass die behauptete Arbeitsfähigkeit nicht erreichbar sei; eine Besserung sei weiterhin nicht in Sicht. Der Beschwerdeführer legte einen Bericht der Klinik N.____ AG vom 29. Januar 2020 bei. Deren Fachärzte hatten darin angegeben, der Beschwerdeführer leide an einer andauernden Persönlichkeitsänderung nach Grenzüberschreitung in der Kindheit, einer chronischen posttraumatischen Belastungsstörung, einer dissoziativen Bewegungsstörung mit Stürzen, einer rezidivierenden depressiven Störung und Dysthymie, chronischen Angst-/ Verfolgungsgefühlen und einer Dyslipidämie.

B.d. Am 14. April 2020 führte die Beschwerdegegnerin aus (act. G 13), die stationäre Behandlung in der Klinik N.____ sowie der Bericht der Klinik N.____ betreffen einen Zeitraum nach dem Verfügungserlass und bildeten deshalb nicht Gegenstand des vorliegenden Verfahrens. Im Übrigen werde auf eine Duplik verzichtet und an den Ausführungen und dem Antrag in der Beschwerdeantwort festgehalten.

C.

C.a. In einem an den psychiatrischen Sachverständigen Dr. med. O.____ von der Medizinisches Gutachterzentrum Region St.Gallen GmbH gerichteten Schreiben vom 20. April 2021 (act. G 15) hielt das Versicherungsgericht St.Gallen fest, im psychiatrischen Teilgutachten seien folgende Diagnosen erhoben worden: Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode (F31.1), dissoziative Bewegungsstörung (F44.4) und akzentuierte, narzisstisch



kränkbare Persönlichkeitszüge (Z73.1). Nur der depressiven Störung sei eine Arbeitsfähigkeitsrelevanz eingeräumt worden. In Bezug auf die Bewegungsstörung habe er auf Hinweise für eine Aggravation und einen sekundären Krankheitsgewinn aufmerksam gemacht. In den Berichten von Dr. med. M.____ vom 20. Juni 2019 und von Dr. med. P.____ vom 19. Juni 2019, der fachlichen Stellungnahme zum IV-Gutachten von Dr. med. M.____ vom 1. Oktober 2019 und dem Bericht der Klinik N.____ vom 29. Januar 2020 seien einerseits neue Diagnosen, nämlich eine andauernde Persönlichkeitsänderung (F62.0) und eine chronische posttraumatische Belastungsstörung (F44.7), gestellt worden und andererseits sei der Bewegungsstörung, zumindest indirekt, ein erheblicher Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit auch in einer ideal angepassten Erwerbstätigkeit zugeschrieben worden. Daher stellten sich dem Gericht folgende Fragen: "Sehen Sie auf der Grundlage Ihrer psychiatrischen Exploration von 2018 eine ausreichende Grundlage für die Diagnosen einer andauernden Persönlichkeitsänderung (F62.0) und/oder einer chronischen posttraumatischen Belastungsstörung (F44.7)? Wenn ja, haben diese Diagnosen zur Folge, dass Ihre im Gutachten abgegebene Arbeitsfähigkeitsschätzung für eine ideal adaptierte Erwerbstätigkeit eine Änderung erfahren muss? Besteht allenfalls ein Bedarf nach einer erneuten psychiatrischen Beurteilung? Haben die von Ihnen festgestellten Hinweise auf eine Aggravation in Bezug auf die Bewegungsstörung dazu geführt, dass Sie diese dissoziative Störung (auch für eine adaptierte Tätigkeit) als nicht arbeitsfähigkeitsrelevant betrachtet haben oder sind Sie davon ausgegangen, dass es sich bei dieser Störung um ein syndromales Leiden handle, das nach der Rechtsprechung zum Vornherein nicht arbeitsfähigkeitsrelevant sein könne?" Am 14. Mai 2021 führte Dr. O.____ aus (act. G 18), ausgehend von seiner psychiatrischen Exploration von 2018 bestehe keine ausreichende Grundlage für die Diagnosen einer andauernden Persönlichkeitsänderung F62.0 und/oder einer chronischen posttraumatischen Belastungsstörung. Die Klinik N.____ habe in ihrem Arztbericht vom 29. Januar 2020 verschiedene traumatisierende Erlebnisse in der Kindheit angeführt, die vom Beschwerdeführer im Rahmen seiner psychiatrischen Exploration nicht zu erheben gewesen seien. Der Beschwerdeführer habe ausdrücklich erwähnt, er könne sich kaum mehr an seine Kindheit und seinen Vater erinnern, da er immer habe arbeiten müssen. Damit seien vom Beschwerdeführer keine traumatisierenden Erlebnisse in der Kindheit genannt worden. Auch seien vom Beschwerdeführer keine



typischen Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung, wie das wiederholte Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen (Flashbacks) tags oder in Träumen vor dem Hintergrund eines andauernden Gefühls von Betäubtsein und emotionaler Stumpfheit, Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen, Teilnahmslosigkeit der Umgebung gegenüber und Vermeidung von Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen könnten, angegeben worden. Ausserdem sei die posttraumatische Belastungsstörung als verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophentypigen Ausmasses, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde, definiert. Hierzu gehörten eine durch Naturereignisse oder von Menschen verursachte Katastrophe, eine Kampfhandlung, ein schwerer Unfall oder Zeuge eines gewaltsamen Todes anderer oder selbst Opfer von Folterungen, Terrorismus, Vergewaltigung oder anderen Verbrechen zu sein. Derartige schwere traumatisierende Erlebnisse hätten sich im Rahmen der psychiatrischen Exploration nicht erheben lassen; als einschneidendes traumatisierendes Erlebnis sei lediglich die Kündigung 02/2014 angegeben worden. Auch fänden sich aus psychiatrischer gutachterlicher Sicht keine Hinweise auf eine andauernde Persönlichkeitsstörung F 62.0. Eine andauernde Persönlichkeitsänderung könne der Erfahrung von extremer Belastung folgen. Die Belastung müsste so extrem sein, dass die Vulnerabilität der betreffenden Person als Erklärung für die tiefgreifende Auswirkung auf die Persönlichkeit nicht ausreiche. Beispiele hierfür seien Erlebnisse in einem Konzentrationslager, Folter, Katastrophen und andauernde lebensbedrohliche Situationen. Eine posttraumatische Belastungsstörung F 43.1 könne dieser Form der Persönlichkeitsänderung vorangehen. Diese Persönlichkeitsänderung müsse andauernd sein und zur Diagnosestellung müssten folgende Merkmale vorliegen: Eine feindliche oder misstrauische Haltung der Welt gegenüber, ein sozialer Rückzug, Gefühle der Leere oder der Hoffnungslosigkeit, ein chronisches Gefühl von Nervosität wie bei ständigem Bedrohtsein und eine Entfremdung. Der Beschwerdeführer habe nach der unerwarteten plötzlichen Kündigung mit fristloser Freistellung 02/2014 im Rahmen von anfänglichen Anpassungsstörungen mit einer vorwiegenden Störung von anderen Gefühlen wie Angst, Depression, Sorgen, Anspannung und Ärger eine mittelgradige depressive Episode entwickelt. Seither könne trotz stationärer, teilstationärer sowie ambulanter psychiatrischer und psychotherapeutischer



Behandlung eine rezidivierende depressive Störung mit überwiegend mittelgradigen Episoden erhoben werden, wobei seit etwa einem Jahr eine leichte Besserung des psychischen Zustandsbildes mit gegenwärtig leichter bis mittelgradiger depressiver Episode zu erheben sei. Trotz der Enttäuschung, der Wut und dem Ärger nach dem Arbeitsverlust fänden sich keine typischen Merkmale einer andauernden Persönlichkeitsänderung und die zu erhebenden Symptome seien überwiegend der rezidivierenden depressiven Störung zuzuordnen. Ausserdem stelle ein Arbeitsverlust nicht ein derart traumatisierendes Erlebnis dar, dass sich damit eine posttraumatische Belastungsstörung entwickeln könne, der als chronisch irreversible Folge der Belastung eine andauernde Persönlichkeitsänderung folge. Eine andauernde Persönlichkeitsänderung habe im Rahmen der psychiatrischen Exploration nicht erhoben werden können. Beim Beschwerdeführer sei eine psychogene Bewegungsstörung entsprechend einer dissoziativen Bewegungsstörung anzunehmen. Dissoziative Störungen stünden in naher zeitlicher Verbindung zu einem traumatisierenden Ereignis; beim Beschwerdeführer könne die plötzliche, unerwartete Kündigung als unlösbarer, unerträglicher Konflikt angesehen werden. Dabei seien mangelnde Bewältigungsstrategien in Belastungssituationen anzunehmen und es sei schwer festzustellen, ob und in welchem Umfang dieser Funktionsverlust willkürlich kontrolliert werden könne. Beim Beschwerdeführer liege ein progredienter Verlauf vor und dissoziative Zustände, die länger als ein bis zwei Jahre beständen, seien häufig chronifiziert. Diese dissoziativen Bewegungsstörungen seien einem syndormalen Beschwerdebild zuzuordnen. Der Beschwerdeführer habe während der Untersuchung eine Verdeutlichung dieser Bewegungsstörungen mit einem demonstrativen Vorführen der Fallneigung und der Behinderung gezeigt. Damit hätten Hinweise für eine Aggravation und einen sekundären Krankheitsgewinn erhoben werden können. Trotzdem sei nicht davon auszugehen, dass es sich bei diesen Bewegungsstörungen um eine willkürliche Störung handle; vielmehr sei von einer Verdeutlichung der Beschwerden mit demonstrativem Vorführen der Beschwerden auszugehen. Des Weiteren werde im psychiatrischen Gutachten angeführt, dass aufgrund der rezidivierenden depressiven Störung mit überwiegend mittelgradigen Episoden eine psychische Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer anzunehmen sei. Jedoch bestehe keine von den Bewegungsstörungen unabhängige oder verselbständigte depressive Erkrankung. Unter stationärer/teilstationärer und



ambulanter psychiatrischer-psychotherapeutischer Behandlung habe zumindest eine leichte Besserung der depressiven Störung erreicht werden können. Damit sei nicht von einer Therapieresistenz auszugehen. Unter Fortsetzung der therapeutischen Massnahmen sei in Abhängigkeit von der psychosozialen Problematik durchaus eine Besserung der depressiven Störung zu erwarten, wobei unter psychosomatischer Behandlung auch eine Besserung der dissoziativen Bewegungsstörung eintreten könne. Damals habe der Beschwerdeführer seit dem Sommer 2018 keine psychiatrische und/ oder psychotherapeutische Behandlung in Anspruch genommen; damit seien die therapeutischen Optionen nicht ausgenützt gewesen. Unter Berücksichtigung der Standardindikatoren sei die dissoziative Bewegungsstörung als ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eingeschätzt worden. Wenn sich im weiteren Verlauf eine Verschlechterung der Beschwerdesymptomatik einstelle und die therapeutischen Optionen ausgenützt seien, sei durchaus vorstellbar, dass von einer zunehmenden Therapieresistenz ausgegangen werden könne, sodass die dissoziative Bewegungsstörung arbeitsfähigkeitsrelevant sein könnte. Dann sei eine erneute psychiatrische Begutachtung zu empfehlen.

C.b. Am 1. Juni 2021 führte die Beschwerdegegnerin aus (act. G 20), Dr. O.____ habe in seiner Stellungnahme vom 14. Mai 2021 begründet und nachvollziehbar dargelegt, weshalb beim Beschwerdeführer weder eine chronische posttraumatische Belastungsstörung noch eine andauernde Persönlichkeitsänderung vorliege. Auch erkläre er schlüssig, wie er unter Anwendung der Standardindikatoren zur Einschätzung gelangt sei, dass sich die Diagnose der dissoziativen Bewegungsstörung nicht relevant auf die Arbeitsfähigkeit ausgewirkt habe. Sie halte daher an den Anträgen und Ausführungen in der Beschwerdeantwort fest.

Erwägungen

1.

Mit der angefochtenen Verfügung vom 28. Juni 2019 hat die Beschwerdegegnerin das Rentenbegehren des Beschwerdeführers vom Januar 2015 abgewiesen. Den Gegenstand dieses Beschwerdeverfahrens bildet folglich die Frage nach einem allfälligen Rentenanspruch des Beschwerdeführers.



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).

2.3. Der Beschwerdeführer hat sich im Januar 2015 mit einem Leistungsbegehren angemeldet. Ab Februar 2014 ist er durchschnittlich zu mehr als 40% arbeitsunfähig gewesen (Fremdakten act. 3-2 ff.). Unter der Berücksichtigung des sog. Wartejahrs nach Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG und der sechsmonatigen Frist nach Art. 29 Abs. 1 IVG ist der potentielle Rentenbeginn auf den Juli 2015 festzusetzen. Basis für den Einkommensvergleich bilden somit die Verhältnisse im Jahr 2015.

3.

Der Beschwerdeführer hat in Q.____ eine Ausbildung als Schreiner absolviert, in der Schweiz hat er jedoch nie auf diesem Beruf gearbeitet. Der Beschwerdeführer ist in den letzten Jahren stets als Hilfsarbeiter tätig gewesen. Damit bildet die Tätigkeit als Hilfsarbeiter die Validenkarriere des Beschwerdeführers. Die Akten enthalten keine Hinweise auf eine (erheblich) über- oder unterdurchschnittliche Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin vor dem Eintritt der Gesundheitsbeeinträchtigung. Im Jahr 2014 hat der Beschwerdeführer ein Jahreseinkommen von Fr. 70'980.-- erzielt. Im Jahr 2014



hat der Nominallohnindex 103.3 Punkte (bei Basis 2010=100) und im Jahr 2015 103.7 Punkte betragen (BfS, Nominallohnindex 2011-2019, T1.10). Unter Berücksichtigung dieser Nominallohnentwicklung hätte sich der Jahreslohn (=Valideneinkommen) im Jahre 2015 damit auf Fr. 71'254.85 belaufen.

4.

4.1. Für die Ermittlung des zumutbarerweise erzielbaren Invalideneinkommens kommt den Auswirkungen der Gesundheitsbeeinträchtigung auf die Arbeitsfähigkeit in der Regel eine zentrale Rolle zu. Zur Abklärung des Gesundheitszustandes ist durch die Beschwerdegegnerin die Erstellung eines polydisziplinären Gutachtens bei der MGSG Medizinisches Gutachtenzentrum Region St. Gallen GmbH in den Fachdisziplinen Allgemeine Innere Medizin, Neurologie, Orthopädie und Psychiatrie in Auftrag gegeben worden. Aufgrund der Einwände des Beschwerdeführers ist zu prüfen, ob dem Gutachten voller Beweiswert zukommt, das heisst, ob die angegebene Arbeitsfähigkeit mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachvollziehbar belegt ist.

4.2. 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 351, E. 3a). Sämtliche Akten der Beschwerdegegnerin mit den darin enthaltenen medizinischen Berichten haben den Sachverständigen der MGSG zur Verfügung gestanden. Die Sachverständigen haben diese Akten verarbeitet und in ihre medizinische Beurteilung einbezogen. Sie haben den Beschwerdeführer befragt und ihn persönlich untersucht. In ihren Teilgutachten haben sie die von ihnen erhobenen objektiven klinischen Befunde anschaulich und vollständig dargelegt (IV-act- 157-8 f., 157-27 f., 157-42 ff., 157-70 ff.) und in ihrer Art und Schwere gewürdigt, wobei sie sich auch mit den Angaben des Beschwerdeführers auseinandergesetzt und wo notwendig die attestierten Diagnosen der Behandler diskutiert haben. Sie haben ihre versicherungsmedizinische Beurteilung detailliert begründet (IV-act. 157-10 f., 157-29, 157-45 ff., 157-73 ff.). Die jeweils erhobenen Diagnosen und die Angaben zu den jeweiligen Arbeitsfähigkeitsschätzungen sind nachvollziehbar. Die von den MGSG-Sachverständigen abschliessend abgegebene interdisziplinäre Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ist einleuchtend und mit den in den einzelnen Teilgutachten wiedergebenden Würdigungen vereinbar. Ein Indiz dafür, dass die Sachverständigen eine relevante Gesundheitsbeeinträchtigung übersehen oder nicht hinreichend erfasst hätten, ist nicht ersichtlich; das Gutachten ist im Sinne der Rechtsprechung (BGE 125



V 351) inhaltlich vollständig, umfassend und frei von Widersprüchen. Der zuständige RAD-Arzt Dr. D.____ hat am 27. Februar 2019 das Gutachten als umfassend und schlüssig qualifiziert; darauf könne abgestellt werden (IV-act. 158).

4.3. Zu prüfen bleibt, ob die Einwände des Beschwerdeführers einen erheblichen Zweifel am Beweiswert des MGSG-Gutachtens zu wecken vermögen. Der Beschwerdeführer hat insbesondere bemängelt, die Sachverständigen seien hilflos bezüglich des Krankheitsbildes des Beschwerdeführers gewesen. Die Sachverständigen haben im Gutachten detailliert begründet und ausführlich dargelegt, weshalb sie jeweils die Voraussetzungen für eine Diagnosestellung als erfüllt erachtet haben (oder eben auch nicht). Sie haben nichts erwähnt, wonach eine Diagnosestellung nicht eindeutig möglich gewesen wäre. Sie haben insbesondere auch die Inkonsistenzen und Aggravationstendenzen (z.B. Fallneigung) erwähnt und aufgezeigt. Im Weiteren haben sie nachvollziehbar ausgeführt, wie hoch die noch verbleibende Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers ist. Für die Arbeitsfähigkeitsschätzungen für den Zeitraum vor der Begutachtung hat der psychiatrische Sachverständige auf die Angaben und insbesondere die Diagnosen in den Behandlerberichten abgestellt. Er hat in seinem Teilgutachten ausgeführt, wieso er für die Zeit vor der Begutachtung eine höhere Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers angenommen hat als die Behandler (vgl. z.B. IV-act. 157-80 f.). Der Umstand, dass der psychiatrische Sachverständige die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode nach der Kündigung der Arbeitsstellen in den Behandlerberichten als medizinisch überzeugend erachtet hat, erlaubt es hier ausnahmsweise – entgegen den sonstigen Vorbehalten gegenüber Behandlerberichten – auf diese abzustellen. Die Arbeitsfähigkeitsschätzung für den Zeitraum vor der Begutachtung sind durch die gemachten Erklärungen des psychiatrischen Sachverständigen überzeugend und nachvollziehbar und damit unter Beachtung des erforderlichen Beweismasses der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als bewiesen zu erachten.

4.4. Auch die nach der Begutachtung eingereichten Berichte des Beschwerdeführers vermögen keine Zweifel am Ergebnis des MGSG-Gutachtens erwecken. Der Beschwerdeführer hat insbesondere folgende Berichte nachgereicht: Bericht von Dr. med. M.____ vom 20. Juni 2019, von Dr. med. P.____ vom 19. Juni 2019, fachliche Stellungnahme zum IV-Gutachten von Dr. med. M.____ vom 1. Oktober 2019 und Bericht von der Klinik N.____ vom 29. Januar 2020. Aus den Berichten gehen unter anderem eine andauernde Persönlichkeitsänderung und eine chronische posttraumatische Belastungsstörung als neue Diagnosen hervor. Auf Nachfrage des Versicherungsgerichts hat der psychiatrische Sachverständige Dr. O.____ in einer



Stellungnahme vom 14. Mai 2021 (act. G 18) erklärt, wieso der Beschwerdeführer nicht an einer andauernden Persönlichkeitsänderung und/oder einer chronischen posttraumatischen Belastungsstörung leidet (vgl. im Sachverhalt Bst. C.b). Die Ausführungen von Dr. O.____ sind eingehend und nachvollziehbar. Er hat ausgeführt, dass der Beschwerdeführer während der Begutachtung über keine "traumatischen" Erlebnisse aus der Kindheit berichtet habe. Vielmehr habe er gesagt, er erinnere sich kaum mehr an seine Kindheit und seinen Vater. Als einziges einschneidendes traumatisierendes Erlebnis habe der Beschwerdeführer die Kündigung im Februar 2014 angegeben, welches nicht ein derart traumatisierendes Erlebnis darstelle, dass die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung zu rechtfertigen wäre. Als Folge sei demnach auch keine andauernde Persönlichkeitsänderung eingetreten; hierfür fehlten ebenfalls die typischen Merkmale. Weiter hat Dr. O.____ verständlich ausgeführt, weshalb die dissoziative Bewegungsstörung keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hat; mit der richtigen Therapie sei von einer weiteren Besserung der Beschwerdesymptomatik auszugehen. Im Übrigen ist bei der Würdigung des Beweiswerts der Berichte behandelnder Ärzte der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte aufgrund ihrer auftragsrechtlichen Vertrauensstellung im Zweifel eher zugunsten ihrer Patienten auszusagen pflegen und zudem dazu neigen, die pessimistischen Beschwerdeschilderungen ihrer Patienten als objektiv ausgewiesen zu qualifizieren (vgl. etwa BGE 125 V 353 E. 3b.cc). Aus den neu eingereichten Arztberichten ergeben sich somit keine neuen Tatsachen, sondern lediglich bereits Bekanntes. Daraus ist gegenüber dem Begutachtungszeitpunkt keine Sachverhaltsänderung und damit auch keine Verschlechterung bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung ersichtlich. Keiner der eingereichten Berichte ist damit geeignet, die Beurteilung im Verfügungszeitpunkt zu beeinflussen.

4.5. Zusammenfassend sind die Einwände des Beschwerdeführers sowie die nach der Begutachtung eingereichten Behandlerberichte nicht geeignet, Zweifel an der Überzeugungskraft des MGSG-Gutachtens zu wecken. Damit steht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit fest, dass der Beschwerdeführer in einer adaptierten Tätigkeit ohne erhöhte emotionale Belastung, ohne Stressbelastung, ohne erforderliche geistige Flexibilität, ohne vermehrte Kundenkontakte und ohne überdurchschnittliche Dauerbelastung von März 2014 bis Oktober 2017 zu 30% und ab November 2017 zu 20% arbeitsunfähig gewesen ist.

5.

5.1. Gemäss Art. 28a Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 16 ATSG ist die Invalidität grundsätzlich durch einen Einkommensvergleich (bzw. vorliegend durch einen Prozentvergleich)



allenfalls (analog dem sog. Tabellenlohnabzug) korrigiert um einen zusätzlichen Abzug 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 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) jedoch die 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?".

5.2. Die Invalidenkarriere besteht in der (zumutbaren) Verrichtung einer durchschnittlich entlöhnten Hilfsarbeit. Das Invalideneinkommen entspricht somit dem statistischen Zentralwert der Hilfsarbeiterlöhne im Jahr 2015 für Männer, vorliegend Fr. 66'633.-- (vgl. Anhang 2 der IV-Ausgabe der Informationsstelle AHV/IV, Ausgabe 2019). Nun stellt sich die Frage, ob der Beschwerdeführer bei der notwendigen rein ökonomisch-betriebswirtschaftlichen Betrachtungsweise zusätzliche Lohnnachteile in Kauf zu nehmen hat. Bei Personen, die in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sind, können im Vergleich zu gesunden Arbeitnehmern Lohnnachteile entstehen, da der Wert der Arbeitsleistung aus der Sicht eines betriebswirtschaftlich-ökonomisch handelnden Arbeitgebers vermindert ist. Eine gesundheitlich beeinträchtigte Person wäre nämlich unfähig, sich vorübergehend an einem nicht adaptierten Arbeitsplatz einsetzen zu lassen. Sie wäre in der Regel auch nicht in der Lage, Überstunden zu leisten. Längerfristig betrachtet bestünde zudem das Risiko von vermehrten krankheitsbedingten Absenzen. Geht man von einem *ökonomischen* Invaliditätsbegriff aus bzw. will man einen *Soziallohnanteil* ausscheiden, ist wegen diesen Nachteilen, die betriebswirtschaftlich zu einem Minderlohn zwingen würden, bei der Ermittlung des Ausgangswerts des zumutbarerweise erzielbaren Invalideneinkommens ein zusätzlicher Abzug vorzunehmen. Die vorliegenden psychischen Gesundheitsbeeinträchtigungen rechtfertigen einen Abzug von 5%. Im Rahmen eines Einkommensvergleichs errechnet sich damit für den Zeitraum ab Juli 2015 (potentieller Rentenbeginn) bis Oktober 2017 unter Berücksichtigung der Restarbeitsfähigkeit von 70% und einem Tabellenlohnabzug von 5% einen IV-Grad von 37.8%. Ab November 2017 reduziert sich der IV-Grad aufgrund der höheren Arbeitsfähigkeit von 80% auf 28.93 %. Da erst ab einem Invaliditätsgrad von 40% eine Rente zugesprochen werden kann, hat die IV-



St.Galler Gerichte

Stelle das Rentenbegehren des Beschwerdeführers im Ergebnis zu Recht abgelehnt.
Die Beschwerde ist dementsprechend abzuweisen.

6.

6.1. Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Sie ist vollumfänglich dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. Der unterliegende Beschwerdeführer hat keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung; das entsprechende Begehren ist abzuweisen.

6.2. Zur ergänzenden Sachverhaltsabklärung hat das Versicherungsgericht beim psychiatrischen Gutachter Dr. O.____ eine Gutachtensergänzung eingeholt (act. G 15). Dr. O.____ hat für die Bearbeitung der nachträglich eingereichten Arzt- und Klinikberichte Fr. 242.70 verrechnet (act. G 16). Nach dem Verursacherprinzip sind die Kosten für diese Gutachtensergänzung – unabhängig vom Verfahrensausgang – der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen, weil diese Kosten nur deshalb angefallen sind, weil die Beschwerdegegnerin den massgebenden Sachverhalt ungenügend abgeklärt und damit ihre Untersuchungspflicht (Art. 43 Abs. 1 ATSG) verletzt hatte. Die Kosten für die Gutachtensergänzung von Fr. 242.70 sind also von der Beschwerdegegnerin zu bezahlen.

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Der Beschwerdeführer hat die Gerichtskosten von 600 Franken zu bezahlen; diese sind durch den von ihm geleisteten Kostenvorschuss von 600 Franken gedeckt.
3. Die Beschwerdegegnerin hat die Kosten für die Gutachtensergänzung von total 242.70 Franken zu bezahlen.
4. Das Begehren um die Zusprache einer Parteientschädigung wird abgewiesen.