



**Fall-Nr.:** IV 2009/32  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 13.07.2020  
**Entscheiddatum:** 24.08.2010

### **Entscheid Versicherungsgericht, 24.08.2010**

**Art. 4 Abs. 1 und 28 Abs. 2 IVG; Art. 3 und 16 ATSG. Bedeutung der neurologisch-psychiatrischen Begutachtung bei Patienten mit Schmerzen ohne organischen Substrakt: Das Gericht hat entschieden, den neurologisch-psychiatrischen Auffassungen im IV-Verfahren gegenüber einer neurologischen Einschätzung im SUVA-Verfahren hinsichtlich Arbeitsunfähigkeit den Vorzug zu geben. Einbezug aller Teilgutachten in die Gesamtbeurteilung: Obwohl eine der Teilgutachten nicht einbezogen worden ist, hat das Gericht von der Rückweisung der Sache an die Vorinstanz zu einer ergänzenden medizinischen Gesamtbeurteilung abgesehen. Denn die relevante Schmerzensproblematik war von einem der an die Gesamtbeurteilung beteiligten Gutachter ausreichend berücksichtigt worden (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 24. August 2010, IV 2009/32). Bestätigt durch Urteil des Bundesgerichts 8C\_768/2010.**

Entscheid Versicherungsgericht, 24.08.2010

Abteilungspräsidentin Karin Huber-Studerus, Versicherungsrichterinnen Miriam Lendfers und Lisbeth Mattle Frei; a.o. Gerichtsschreiber Jorge Lopez

Entscheid vom 24. August 2010

in Sachen

C.\_\_\_\_,

Beschwerdeführer,



## St.Galler Gerichte

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Rainer Braun, Oberdorfstrasse 6, Postfach,  
8887 Mels,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

betreffend

Rente

Sachverhalt:

A.

A.a Der 1947 geborene C.\_\_\_\_ meldete sich am 13. Dezember 2004 zum Leistungsbezug bei der Invalidenversicherung an und beantragte die Zusprache einer Rente (IV-act. 2). Im Fragebogen vom 22. Dezember 2004 gab sein letzter Arbeitgeber, der Verein A.\_\_\_\_, an, der Versicherte sei vom 24. Januar 2001 bis zum 31. Dezember 2003 in einer befristeten Anstellung als Hilfsarbeiter tätig gewesen (IV-act. 6). Gemäss SUVA-Akten war der Versicherte am 20. September 2002 verunfallt. Er sei ausgerutscht und mit dem Kopf auf dem Betonboden aufgeschlagen. Seitdem hätten unter anderem Kopfschmerzen bestanden (IV-act. 63/18). Nach dem Unfall war er ab dem 1. Oktober 2002 als voll arbeitsfähig erachtet worden. Die Behandlung der Sturzfolgen war am 14. Oktober 2002 beendet worden. In einer Rückfallmeldung gegenüber der SUVA hatte Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeinmedizin FMH, am 16. Januar 2004 bei der Diagnose eines Status nach schwerer Schädelkontusion mit Verdacht auf ein kleines Subduralhämatom eine volle Arbeitsunfähigkeit seit dem 15. Dezember 2003 attestiert (act. G 4.2).

A.b In einem Arztbericht zuhanden der IV-Stelle vom 6. Januar 2005 stellte der Hausarzt Dr. med. B.\_\_\_\_ die Diagnosen chronische posttraumatische Kopfschmerzen bei Status nach schwerer Schädelkontusion mit kleinem Subduralhämatom,



## St.Galler Gerichte

chronisches lumbospondylogenes Syndrom bei Spondylose ganze LWS und untere BWS mit Spangenbildung BWK 11/12, Arthrose rechtes Sprunggelenk bei Status nach Distorsion vor vielen Jahren und chronische Bronchitis. Der Versicherte sei seit dem 15. Dezember 2003 und bis auf weiteres im bisherigen Beruf arbeitsunfähig. Da er sich nicht mehr auf eine Arbeit konzentrieren könne und bei minimsten körperlichen und geistigen Belastungen mehr Kopfschmerzen bekomme, seien ihm keine anderen Tätigkeiten mehr zumutbar (IV-act. 13/1-4).

A.c Gestützt auf die Abklärungen in erwerblicher und medizinischer Hinsicht verfügte die SUVA am 5. Oktober 2006 bei einer Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit von 33% die Ausrichtung einer Invalidenrente. Aus medizinischer Sicht könne der Versicherte trotz der verbleibenden Unfallrestfolgen noch jede körperlich leichte Tätigkeit ohne Arbeiten auf hohen Gerüsten und in lärmiger Umgebung ganztags ausführen. Aufgrund der Kopfschmerzen sei bei einer entsprechenden geeigneten Beschäftigung von einer Minderleistung von rund 25% auszugehen (IV-act. 63/35-38).

A.d Im Verlaufsbericht vom 25. Mai 2007 meldete der Hausarzt Dr. med. B.\_\_\_\_ der IV-Stelle eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes und ergänzte die Diagnosen. Der Versicherte sei zu 50% infolge des Unfalles und zu 50% wegen seiner Krankheiten (Schlafapnoe, chronische Bronchitis, Arthrosen) arbeitsunfähig (IV-act. 25/1).

B.

Auf Empfehlung des Regionalen Ärztlichen Dienstes(RAD) vom 5. Juli 2007 (IV-act. 28/2) ordnete die IV-Stelle am 16. November 2007 eine interdisziplinäre Begutachtung durch das Medizinische Gutachtenzentrum St. Gallen (MGSG) an (IV-act. 35).

B.a In Erledigung des Auftrags der IV-Stelle führte Dr. med. D.\_\_\_\_, Spezialarzt Orthopädie FMH, am 29. Februar 2008 eine orthopädische Begutachtung durch. Aus orthopädischer Sicht könnten dem Versicherten körperlich schwere Arbeiten in kalter und feuchter Umgebung, die vorwiegend stehend ausgeübt werden müssten und die mit häufigem Treppen Steigen, Laufen auf unebenem Boden, Heben und Tragen von Lasten über 10 kg sowie häufiger Einnahme kniender Positionen verbunden seien, nicht mehr vollumfänglich zugemutet werden. Die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit



## St.Galler Gerichte

als Hilfsarbeiter, der Stacheldrähte abschneiden müsse, betrage bei voller Stundenpräsenz ca. 35%. Zumutbar sei eine Arbeitsleistung zu ca. 85% bei voller Stundenpräsenz in körperlich leichten Tätigkeiten in temperierten Räumen, die abwechslungsweise sitzend und stehend ausgeübt werden könnten, ohne dass dabei regelmässig kniende Positionen eingenommen und auf unebenem Boden sowie Treppen gelaufen werden müsste und die nicht mit regelmässigem Heben und Tragen von Lasten über 5 bis 10 kg verbunden seien (IV-act. 42/9 u. 10).

*B.b* Eine internistische Begutachtung erfolgte am 3. Mai 2008. Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt Innere Medizin, stellt im entsprechenden Teilgutachten fest, der Versicherte sei durch eine erhebliche Anstrengungsdyspnoe und eine ausgeprägte morgendliche Müdigkeit in seiner Arbeitsfähigkeit in erheblichem Ausmass eingeschränkt. Die Anstrengungsdyspnoe setze sich aus einer mittelschweren COPD Stadium II bei anhaltendem Nikotinabusus, einer leichten biventrikulären Herzinsuffizienz im Rahmen einer hypertensiven Herzkrankheit und einem ausgeprägten Übergewicht mit einem Body-Mass-Index von 41 zusammen. Die morgendliche Müdigkeit könne mindestens teilweise durch das schwere obstruktive Schlafapnoe-Syndrom erklärt werden. Der Versicherte sei bei körperlicher Schwerarbeit durch seine Anstrengungsdyspnoe und seine Leibesfülle ausgeprägt beeinträchtigt. Er könne keine schweren Lasten tragen und sich nur mit Mühe bücken. Während der Morgenstunden könne er wegen der Gefahr von Narkolepsien ("Sekundenschlaf") nicht an exponierten Stellen eingesetzt werden. Der Versicherte sei seit 1. März 2005 im bisherigen Beruf nur noch zu 75% arbeitsfähig (25% arbeitsunfähig) bei voller Stundenpräsenz gewesen. Ihm seien überwiegend sitzende, teils im Stehen auszuübende Tätigkeiten zumutbar. Der Arbeitsbeginn sei frühestens ab 10 Uhr festzulegen. In einer leidensangepassten Tätigkeit könne der Versicherte eine Arbeitsleistung von 75% bei voller Stundenpräsenz erbringen bzw. es könne aus internistischer Sicht von einer Arbeitsunfähigkeit von 25% ausgegangen werden (IV-act. 43/9-11).

*B.c* Eine psychiatrische Begutachtung fand am 15. Mai 2008 statt. Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Neurologie, stellte keine krankheitsrelevante Beeinträchtigung der psychischen Belastbarkeit bzw. keine psychiatrischen Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest. Er führte aus, Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussten und zur Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten



fürten, seien die Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung und bei der Lebensführung (ICD-10: Z 73 und Z 72) sowie Probleme in Verbindung mit der sozialen Umgebung (ICD-10: Z 60). Insbesondere die ungesunde Lebensführung wäre mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar. Weitere Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien eine chronische Schmerzstörung, welche primär orthopädisch-rheumatologisch zu beurteilen sei, und ein chronischer Kopfschmerz von anzunehmender multifaktorieller Genese (ICD-10: G 44.2, G 44.3, G. 44.4) (IV-act. 44/6-9).

B.d Von einer orthopädisch-psychiatrisch-internistischen Gesamtbeurteilung, die auf der Grundlage eines Konsiliums der Teilgutachter am 9. Juni 2008 erfolgt sei, berichtete Dr. med. D.\_\_\_\_ in seinem orthopädischen Gutachten. Anlässlich des Konsiliums (D.\_\_\_\_/E.\_\_\_\_/F.\_\_\_\_) sei die Arbeitsfähigkeit in bisheriger Tätigkeit gesamthaft bei voller Stundenpräsenz auf 35% (Arbeitsunfähigkeit 65%) ab 2005 festgelegt worden, da körperliche Schwerarbeit in kalter und feuchter Umgebung, die stehend und gehend ausgeübt werden müsse und mit häufigem Heben und Tragen von Lasten über 10 kg sowie knienden Positionen verbunden sei, nicht mehr voll zugemutet werden könne. In adaptierten Tätigkeiten bestehe gesamthaft bei voller Stundenpräsenz eine Arbeitsfähigkeit von 75% (Arbeitsunfähigkeit 25%). Es sollte sich dabei um körperlich leichte Tätigkeiten handeln, die überwiegend sitzend, teils auch stehend ausgeübt werden könnten und bei denen keine Treppen gelaufen und keine Lasten über 5 bis 10 kg gehoben oder getragen werden müssten. Der Arbeitseinsatz solle frühestens ab 11 Uhr beginnen (IV-act. 42/11).

B.e Nach einer neurologischen und psychiatrischen Begutachtung vom 22. Juli 2008 stellte Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, die Diagnose eines Spannungskopfschmerzes. Er äusserte - aufgrund der mehrfachen Inkonsistenzen, der Neigung zum Ausweichen und Vorbeiantworten sowie der Neigung zum unvollständigen Antworten - erhebliche Zweifel an der Plausibilität der vorgetragenen Beschwerden. Diesbezüglich seien allerdings die primären kognitiven und sprachlichen Möglichkeiten des Versicherten relativierend einzubeziehen. Unter Abzug von gutachterlich als Verdeutlichungsbemühungen gewerteten Anteilen ergebe sich aus rein neurologischer und psychiatrischer Sicht sowohl in der angestammten wie auch in



einer angepassten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 90%, die in diesem Ausmass auf den Jahresanfang 2005 festgelegt werden könne (IV-act. 45/11).

C.

C.a Mittels Vorbescheids vom 18. September 2008 teilte die IV-Stelle dem Versicherten die vorgesehene Abweisung des Rentenbegehrens mit. Im Rahmen der Bemessung des Invaliditätsgrads ergebe sich, dass ein Valideneinkommen von Fr. 60'263.-- einem Invalideneinkommen von Fr. 41'581.-- gegenüber stehe, woraus sich eine Erwerbseinbusse von Fr. 18'682.-- errechne, was einem rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von 31% entspreche (IV-act. 51). Zu diesem Vorbescheid liess der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt Rainer Braun, am 15. Oktober 2008 Einwände vorbringen (IV-act. 56). In einer Stellungnahme vom 30. Oktober 2008 hielt der RAD zu den Einwänden unter anderem fest, aus dem neurologischen und psychiatrischen Fachgutachten gehe nur eine geringe Einschränkung der Arbeitsfähigkeit hervor, die zu keiner zusätzlichen Einschränkung der interdisziplinär festgelegten Arbeitsfähigkeit von 75% führe (IV-act. 57).

C.b Am 9. Januar 2009 verfügte die IV-Stelle im Sinn des Vorbescheids. Zu den Einwänden im Vorbescheidverfahren führte die IV-Stelle an, der Rechtsvertreter des Versicherten habe keine neuen Gesundheitsschäden vorgebracht und nicht aufgezeigt, inwiefern der neurologische und psychiatrische Gutachter voreingenommen gewesen sei. Die Arbeitsfähigkeit von 75% lasse sich gestützt auf die medizinisch beschriebenen Ausfälle und auf die geschilderten Bedingungen für die angepassten Tätigkeiten nachvollziehbar begründen und könne bei voller Stundenpräsenz ab 10 Uhr morgens umgesetzt werden. Die anderslautende Angabe des Arbeitsbeginnes (11 Uhr morgens) scheine ein Verschieb zu sein. Aus den neurologischen und psychiatrischen Fachgutachten gehe eine nur geringe Arbeitsunfähigkeit hervor, welche in der interdisziplinären Gesamtbeurteilung zu keiner erhöhten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führe. Ein "Leidensabzug" könne bei Parallelisierung der Vergleichseinkommen nicht gewährt werden (IV-act. 60).

D.



## St.Galler Gerichte

D.a Gegen diese leistungsverweigernde Verfügung richtet sich die Beschwerde vom 29. Januar 2009. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers beantragt darin - unter Kosten- und Entschädigungsfolgen - deren Aufhebung und die Zusprache mindestens einer halben Invalidenrente. Er führt im Wesentlichen aus, die Beschwerdegegnerin stütze sich auf ein unvollständiges MGSG-Gutachten vom 29. Februar 2008 bzw. 5. Juni 2008. Dieses Gutachten beschränke sich auf den orthopädisch-psychiatrisch-internistischen Bereich, ohne das neurologische und psychiatrische Teilgutachten von Dr. G.\_\_\_\_ vom 22. Juli 2008 einbezogen zu haben, und begründe die Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit ausschliesslich internistisch. Das Teilgutachten von Dr. G.\_\_\_\_ habe sich zwar auf Spannungskopfschmerzen bezogen, aber eine entsprechende Einschränkung von lediglich 10% beziffert, was auf die persönliche Voreingenommenheit des Gutachters gegenüber dem Versicherten zurückzuführen sei. Es sei vielmehr auf die medizinischen Abklärungen im Zusammenhang mit dem Unfall vom 20. September 2002 abzustellen, gestützt auf welche die SUVA ausschliesslich aufgrund der unfallbedingten Kopfschmerzen einen Invaliditätsgrad von 33% ermittelt habe. Da eine Einschränkung von 25% in einer adaptierten Tätigkeit aus orthopädisch-internistischer Sicht festgestellt worden und aufgrund der Kopfschmerzen von einer Minderleistung um 25% auszugehen sei, resultiere damit bereits ein Invaliditätsgrad von mindestens 50%. Andererseits sei die medizinisch attestierte Arbeitsfähigkeit von 75% bei voller Stundenpräsenz nicht verwertbar, weil der Arbeitsbeginn frühestens ab 11 Uhr stattfinden solle, womit wohl nur noch eine Halbtagsbeschäftigung in Frage komme. Dies müsse ebenfalls zu einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% führen. Entgegen der angefochtenen Verfügung handle es sich beim Arbeitsbeginn keineswegs um einen Verschieb. Vielmehr ergebe sich ein frühestmöglicher Arbeitsbeginn von 11 Uhr aus der gemeinsamen Beurteilung. Diese gehe dem internistischen Teilgutachten ohne Zweifel vor. Zudem gewähre die Beschwerdegegnerin lediglich einen Teilzeitabzug von 8%. Ein zusätzlicher "Leidensabzug" sei gestützt auf die Umschreibung der angepassten Tätigkeit deshalb berechtigt, weil die entsprechenden medizinischen Vorgaben nicht invaliditätsfremd seien. Es sei schliesslich nicht richtig, dass bei einer Parallelisierung der Vergleichseinkommen kein "Leidensabzug" gewährt werden könne (act. G 1).

D.b Die Beschwerdegegnerin beantragt in der Beschwerdeantwort vom 9. März 2009 die Beschwerdeabweisung. Sie bringt gestützt auf die Stellungnahme des RAD vor,



dass die Arbeitsfähigkeitsschätzung von 75% in der Gesamtbeurteilung nicht angepasst werden müsse, weil das Teilgutachten von Dr. G.\_\_\_\_ eine tiefe Arbeitsunfähigkeit von lediglich 10% attestiere. Es gebe keine Anhaltspunkte, die auf Voreingenommenheit von Dr. G.\_\_\_\_ hinweisen würden, weil ein Gutachter seine Eindrücke während der Exploration im Gutachten wiedergeben und sich dazu äussern müsse, ob allenfalls eine Aggravation oder gar eine Simulation vorliege. Für die geltend gemachten Kopfschmerzen finde sich in den UV-Akten kein somatisches Korrelat. Das MGSG habe aufgrund der umfangreichen neurologischen Vorakten auf die Durchführung einer erneuten neurologischen Begutachtung verzichten können. Es sei davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer um 10 Uhr mit der Arbeit beginnen könne. Nur Dr. E.\_\_\_\_ als Gutachter habe diese Einschränkung festgelegt, so dass die anderslautende Zeitangabe in der Gesamtbeurteilung als Schreibfehler zu sehen sei. Beim Einkommensvergleich sei ein sogenannter Leidensabzug von 10% vorzunehmen, weil der Beschwerdeführer nur noch leichte Hilfstätigkeiten ausführen könne. Da sich dem Hauptgutachten nicht entnehmen lasse, dass der Beschwerdeführer lediglich in Teilzeit arbeiten könne, habe er keinen Anspruch auf einen Teilzeitabzug. Aus dem Einkommensvergleich ergebe sich ein Invaliditätsgrad von 32,5% (act. G 4).

D.c Replicando hält der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers am 17. März 2009 an seinen Anträgen und Ausführungen fest. Er macht geltend, dass eine zusätzliche Diagnose und eine entsprechende Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit die Gesamtbeurteilung ändern müsse. Die Gutachter hätten sich andererseits nicht mit den massgebenden medizinischen Beurteilungen im SUVA-Verfahren auseinandergesetzt. Beim Arbeitsbeginn um 11 Uhr handle es sich offensichtlich nicht um einen Schreibfehler. Da der Beschwerdeführer keine Arbeitsleistung mit voller Präsenzzeit erbringen könne, sei ein Teilzeitabzug berechtigt (act. G 6).

D.d Die Beschwerdegegnerin hat auf die Einreichung einer Duplik verzichtet (act. G 8).

E.

Auf die Begründungen in den einzelnen Rechtsschriften sowie den Inhalt der weiteren Akten wird, soweit entscheidnotwendig, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.



Erwägungen:

1.

Das vorliegende Beschwerdeverfahren befasst sich mit dem Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente. Umstritten sind dabei die ärztlichen Stellungnahmen zur Arbeitsfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit und die Invaliditätsbemessung.

2.

Angefochten ist eine Verfügung vom 9. Januar 2009. Am 1. Januar 2008 sind die im Zuge der 5. IV-Revision revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20), der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) und des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) in Kraft getreten. Der zu beurteilende Sachverhalt entwickelte sich allerdings teilweise vor der 5. IV-Revision. Da sich der Begriff der Invalidität und die Methoden für ihre Bemessung mit dieser Revision nicht geändert haben, werden in diesem Zusammenhang die seit 1. Januar 2008 gültigen Bestimmungen des ATSG und IVG in diesem Urteil wiedergegeben.

3.

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70%, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie wenigstens zu 60% invalid ist. Liegt ein Invaliditätsgrad von mindestens 50% vor, so besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% auf eine Viertelsrente. Eine Invalidität von weniger als 40% wird von der Invalidenversicherung rentenmässig nicht entschädigt. Unter Invalidität versteht Art. 8 Abs. 1 ATSG die ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Der Invaliditätsgrad einer Person, die einer Erwerbstätigkeit nachgeht und danach erkrankt, wird daher nach Art. 16 ATSG durch einen Vergleich möglicher Einkommen mit oder ohne Gesundheitsbeeinträchtigungen ermittelt. Für die Ermittlung des Einkommens mit Gesundheitsbeeinträchtigungen sind zunächst die medizinischen Grundlagen von Bedeutung. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu



beschreiben und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Die ärztlichen Auskünfte sind in der Folge wesentlich für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 261 E. 4; ZAK 1982 S. 34; Rz 3047 f. des vom Bundesamt für Sozialversicherung erlassenen Kreisschreibens über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung = KSIH).

Deshalb stellt sich vorliegend primär die Frage, ob die Beschwerdegegnerin - gestützt auf das interdisziplinäre Gutachten des Medizinischen Gutachtenzentrums St. Gallen - von einer Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer leidensadaptierten Tätigkeit von 75% im massgeblichen Zeitraum ausgehen durfte.

3.1 Das interdisziplinäre Gutachten des MSGG besteht aus einer orthopädischen (Dr. med. D.\_\_\_\_), einer internistischen (Dr. med. E.\_\_\_\_) und einer psychiatrischen Begutachtung mit klinischer psychiatrisch-neurologischer Untersuchung (Dr. med. F.\_\_\_\_), die je von einem Facharzt durchgeführt worden ist. Jedes Teilgutachten hat sich ausführlich mit den streitigen Belangen aus der Sicht der entsprechenden Fachrichtung befasst, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und die Erkenntnisse der Vorakten einbezogen. Unter anderem hat sich das psychiatrische Teilgutachten auf die gesamte frühere medizinische Erhebung der somatischen Befunde (vgl. Urteile des Bundesgerichtes I 87/04 vom 13. Juli 2004 E. 3 sowie I 85/04 vom 27. August 2004 E. 2.3) und auf eine eigene klinische psychiatrisch-neurologische Untersuchung gestützt. Alle Experten haben differenziert den Gesundheitszustand dargestellt und nachvollziehbar ihre Stellungnahmen zur Arbeitsfähigkeit begründet. Damit sind die formellen rechtsprechungsmässigen Anforderungen an die Beweistauglichkeit des Gutachtens (vgl. BGE 125 V 352 E. 3a; BGE 122 V 160 E. 1c) grundsätzlich erfüllt.

3.2 Zwar hat die abschliessende Gesamtbeurteilung, die eine ganztäglich verwertbare Arbeitsfähigkeit von 75% attestiert hat, auf einem Konsilium der Teilgutachter vom 9. Juni 2008 beruht. Dabei sind die Ergebnisse aus den orthopädisch-psychiatrisch-internistischen Fachrichtungen aufeinander abgestimmt worden, was den Beweiswert des Gutachtens bestärkt. Allerdings haben dabei die späteren Feststellungen und die Einschätzung von Dr. med. G.\_\_\_\_, der aufgrund der neurologisch-psychiatrischen Teilbegutachtung vom 22. Juli 2008 zu einer Arbeitsfähigkeit von 90% gekommen ist,



nicht diskutiert werden können. Bei Zusammentreffen verschiedener Gesundheitsbeeinträchtigungen überschneiden sich deren erwerbliche Auswirkungen in der Regel, weshalb der Grad der Arbeitsunfähigkeit diesfalls auf Grund einer sämtliche Behinderungen umfassenden ärztlichen Gesamtbeurteilung zu bestimmen ist (Urteile des Bundesgerichtes I 87/04 vom 13. Juli 2004 E. 3 sowie I 85/04 vom 27. August 2004 E. 2.3). Soweit der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers einwendet, dass die aus den Spannungskopfschmerzen abzuleitende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in die Gesamtbeurteilung einzubeziehen ist, hat er Recht. Diese Feststellung kann jedoch nicht zu der von ihm gewünschten automatischen Addition von Einschränkungen in der Arbeitsfähigkeit führen. Es geht dabei um die Beurteilung einer Kombination von Gesundheitsbeeinträchtigungen. Die Gutachter hätten also in ihrer Konsenskonferenz auch die im Zusammenhang mit den Kopfschmerzen, gemäss Dr. med. G.\_\_\_\_ "aus rein neurologischer und psychiatrischer Sicht" begründete Arbeitsunfähigkeit von 10% (IV-act. 45/12) einbeziehen müssen. Dass dies nicht geschehen ist, zeugt zwar von organisatorischen Mängeln beim MGSG. Das bedeutet aber nicht, dass die Schmerzproblematik im Rahmen des interdisziplinären Gutachtens unberücksichtigt geblieben sei. Dr. med. F.\_\_\_\_ hat sich ausdrücklich dazu geäußert und ihr jede relevante Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit abgesprochen. Er hat ausgeführt, die angegebenen fast täglich vorhandenen Kopfschmerzen seien unter Berücksichtigung der neurologischen Vorbefunde auf mehrere Verursacher, unter anderem von psychosozialer Natur ("multifaktorieller Genese") zurückzuführen, bildgebend habe sich zuletzt im September 2004 mittels Schädel-MRT (Kernspintomographie) und auch mittels EEG kein erklärendes organisches Substrat im Bereich des Gehirnes gefunden. Die Kopfschmerzen beständen vermutlich seit dem Trauma im September 2002, die psychosoziale Problematik dürfte wohl schon vorher begonnen, aber sich nach diesem Trauma erheblich verstärkt haben (IV-act. 44/7).

3.3 Es stellt sich nun die Frage, ob die Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit durch Dr. med. G.\_\_\_\_, die sich auf den chronischen Kopfschmerz bezieht, "unter medizintheoretischer Ausblendung der im internistischen und im orthopädischen Teilgutachten dargestellten körperlichen Beeinträchtigungen" eine Rückweisung der Streitsache an die Beschwerdegegnerin zu einer ergänzenden medizinischen Gesamtbeurteilung der Arbeitsunfähigkeit rechtfertigt. Dieser Ansicht ist der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers. Er beanstandet zudem, dass die von Dr. med.



G.\_\_\_\_ attestierte tiefe Arbeitsunfähigkeit von 10% auf seine Voreingenommenheit zurückführen sei. Er plädiert deshalb dafür, dass die Beschwerdegegnerin im Zusammenhang mit den Spannungskopfschmerzen auf die Arbeitsunfähigkeit von 25% abstellen solle, die dem Entscheid der SUVA vom 5. Oktober 2006 zu Grunde liege (vgl. IV-act. 63/35-38). Inwiefern das Teilgutachten die angebliche Voreingenommenheit dokumentiert, zeigt er nicht auf. Möglicherweise meint er damit die Beschreibung eines aggravatorischen Verhaltens des Beschwerdeführers während der Exploration und die sich daraus ergebenden Zweifel an der Plausibilität der vorgetragenen Beschwerden. Dem ist entgegenzuhalten, dass sich der Gutachter beim Fehlen organischer Befunde nicht darauf beschränken darf, die behaupteten Beschwerden wiederzugeben, sondern dass er solche Angaben einer Plausibilitätsprüfung unterziehen muss. Da regelmässig dem gesamten anlässlich einer ärztlichen Begutachtung gezeigten Verhalten Aussagekraft zukommt, ist die Verhaltensweise des Exploranden zu beschreiben und eine begründete Würdigung vorzunehmen (Urteil des Bundesgerichtes 9C\_566/2008 vom 6. Oktober 2008 E. 4.1). Die vorgebrachte Rüge der Voreingenommenheit hält einer eingehenden Prüfung nicht stand.

3.4 Des Weiteren ist zu prüfen, ob die anderen ärztlichen Berichte im UV-Verfahren die Überzeugungskraft der Einschätzung einer geringen Arbeitsfähigkeit durch Dr. med. G.\_\_\_\_ im neurologisch-psychiatrischen Teilgutachten vom 22. Juli 2008 (IV-act. 45) und die Absprache jeder Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit durch Dr. med. F.\_\_\_\_ im psychiatrischen Gutachten (vom 20. Mai 2008) mit klinischer psychiatrisch-neurologischer Untersuchung (IV-act. 44) zu erschüttern vermögen.

3.4.1 Die Beschwerdegegnerin nimmt den Standpunkt ein, aus den Berichten der Ärzte Dr. H.\_\_\_\_ und Dr. I.\_\_\_\_ ergäben sich keine neurologischen Schädigungen. Für die geltend gemachten Kopfschmerzen finde sich kein somatisches Korrelat. Die Stellungnahme des Dr. I.\_\_\_\_ zur Arbeitsfähigkeit basiere auf psychiatrischen Gründen, für deren Feststellung ihm die erforderliche fachärztliche Qualifikation fehle (act G 4). Dem entgegnet der Rechtvertreter des Beschwerdeführers, die Angaben von Dr. I.\_\_\_\_ seien im UV-Verfahren nicht massgebend gewesen. Vielmehr hätten die neurologische Beurteilung von Dr. H.\_\_\_\_ und die psychiatrische Beurteilung von Dr. J.\_\_\_\_ für den Entscheid der SUVA den Ausschlag gegeben (act. G 6).



## St.Galler Gerichte

3.4.2 Es steht fest, dass Dr. med. H.\_\_\_\_, Fachärztin FMH für Neurologie, - anlässlich einer neurologischen Untersuchung vom 6. Mai 2004 - bezüglich nicht verifizierbarer Befunde die Diagnose posttraumatischer chronischer Spannungskopfschmerzen gestellt hat (act. G 4.2). Eine MRI-Untersuchung des Schädels hat am 7. September 2004 eine Befundnormalisierung ergeben, so dass die Traumafolgen nicht mehr zu erkennen gewesen sind (IV-act. 13/8). Deshalb ist Dr. med. I.\_\_\_\_, Spezialarzt für Neurologie FMH, von einer funktionellen Überlagerung bezüglich Sensibilitätsstörungen ausgegangen (act. G 4.2). In einer neurologischen Beurteilung vom 30. Januar 2006 hat Dr. med. H.\_\_\_\_ ausgeführt, dem Versicherten sei die Ausübung einer angepassten Erwerbstätigkeit grundsätzlich ganztags mit voller Leistungsfähigkeit zuzumuten. Aber praktisch hat sie aufgrund der Kopfschmerzen und der funktionellen Überlagerung eine Arbeitsfähigkeit von 75% geschätzt. Zur Abgrenzung der bis anhin als funktionell beurteilten Beschwerden sei eine psychiatrische Exploration indiziert (IV-act. 63/20). Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, hat am 4. Mai 2006 die Diagnosen chronische posttraumatische Kopfschmerzen (ICD-10: G 44.3) und Probleme bei der Lebensführung (ICD-10: Z72.8) angeführt, ohne die Arbeitsfähigkeit zu schätzen (IV-act. 63/31).

3.4.3 In Bezug auf die Gesundheitsschäden stimmen die Feststellungen der MGSG-Gutachter im Wesentlichen mit denjenigen der Dr. med. J.\_\_\_\_ im UV-Verfahren überein. Dr. med. F.\_\_\_\_ hat sowohl keine psychiatrischen Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt, als auch auf eine problematische Lebensführung des Beschwerdeführers und auf die Kopfschmerzproblematik mit psychosozialen Hintergrund hingewiesen (IV-act. 44/7). Dr. med. G.\_\_\_\_ hat Spannungskopfschmerzen (ICD-10: G 44.2) diagnostiziert (IV-act. 45/11). Die ärztlichen Auffassungen gehen allerdings in Bezug auf den invalidisierenden Charakter der Kopfschmerzen auseinander. Während Dr. med. G.\_\_\_\_ von einer Arbeitsunfähigkeit von 10% ausgegangen ist und Dr. med. F.\_\_\_\_ jede Auswirkung darauf verneint, hat Dr. med. H.\_\_\_\_ eine Einschränkung von 25% angenommen. Unbestritten ist die Tatsache geblieben, dass die vorgebrachten Kopfschmerzen nicht auf einem organischen Substrat beruhen.



3.4.4 Eine Invalidisierung kann die Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erfasst wird mit dem Begriff Krankheit jede Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalles ist und die medizinische Untersuchung und Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat (Art. 3 Abs. 1 ATSG). Die Schmerzproblematik als Gesundheitsbeeinträchtigung ist einzuordnen. Schmerz ist nach dem fachmedizinischen Konsens eine unangenehme Sinnes- und Gefühlserfahrung, die von aktueller oder potentieller Gewebeschädigung begleitet ist oder in Begriffen einer solchen Schädigung beschrieben wird. Was das Leiden am Schmerz ausmacht, ist nicht die Sinneserfahrung, sondern das unangenehme Gefühl. Es handelt sich um ein subjektives Gefühl, letztlich ein psychisches, unmessbares Phänomen. Der Betroffene erlebt allerdings Schmerz nicht als psychisches Phänomen, sondern immer als Ausdruck einer Gewebeschädigung. Nach diesem vermuteten Gewebeschaden als Ursache wird bei chronischen Schmerzen zunächst körpermedizinisch gesucht. Falls der Schmerz durch die entsprechende Körperschädigung adäquat erklärt werden kann, wird der Arzt der jeweiligen Fachdisziplin die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit aufgrund der feststellbaren Funktionseinschränkungen vornehmen und dabei die Schmerzen mit berücksichtigen. Stellt sich heraus, dass die Schmerzen nicht durch einen Gewebeschaden bedingt sind, sondern sogenannte "funktionell", und dass Inkonsistenzen bei der körperlichen Untersuchung sowie ein demonstratives Verhalten festzustellen sind, obliegt dem Psychiater die Beurteilung, inwieweit dieses Verhalten durch eine psychische Störung von Krankheitswert bedingt ist oder nicht (Christfried-Ulrich Mayer, Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, in: Schaffhauser/Schlauri (Hrsg.), Sozialversicherungsrechtstagung 2002, St. Gallen 2002, S. 88f., 92 und 101). Da keine organische Befunde für die Kopfschmerzen vorliegend erhoben worden sind, kommt der Beurteilung des Dr. med. G. \_\_\_ und derjenigen des Dr. med. F. \_\_\_ aus interdisziplinärer Sicht eine massgebende Bedeutung zu.

3.4.5 Die verschiedenen Arbeitsfähigkeitsschätzungen lassen sich in einer freien Beweiswürdigung wie folgt erklären. Die Neurologin Dr. med. H. \_\_\_ ist eigentlich von einer medizinisch-theoretischen vollständigen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen, hat aber eine gewisse praktische Einschränkung wegen der geklagten Kopfschmerzen und der funktionellen Überlagerung anerkannt und auf die Notwendigkeit einer



psychiatrischen Exploration hingewiesen (IV-act. 63/20). Der Psychiater Dr. med. J.\_\_\_\_ hat erklärt, inwiefern äussere und motivationale Umstände die Überzeugung des Beschwerdeführers, eingeschränkt zu sein, bestimmen. Von der Tatsache ausgehend, dass die Aufrechterhaltung der geklagten Beschwerden auch dadurch begünstigt werde, dass der Beschwerdeführer eine für ihn problematische Lebenssituation artikuliere und über die Gesundheits- und Versicherungssystem um Unterstützung ersucht, dürfte eine psychiatrisch-therapeutische Behandlung, welche die Beschwerdelinderung zum Ziel hätte, grundsätzlich schwierig sein (IV-act. 63/31). Damit werden invaliditätsfremde Faktoren angesprochen, die in der Einschätzung des Psychiaters und Neurologen Dr. med. F.\_\_\_\_ dazu geführt haben, die Auswirkung des Kopfschmerzes auf die Arbeitsunfähigkeit zu verneinen (IV-act. 44/7). Seinerseits hat Dr. med. G.\_\_\_\_ - ebenfalls Psychiater und Neurologe - unter Feststellung einer Aggravation Zweifel an der Plausibilität der vorgetragenen Kopfschmerzen gehegt und daraus eine geringfügige Arbeitsunfähigkeit als Schluss gezogen (IV-act. 45/11f.). Den Auffassungen von Dr. med. F.\_\_\_\_ und Dr. med. G.\_\_\_\_ sind somit gegenüber derjenigen von Dr. med. H.\_\_\_\_ der Vorzug zu geben. Da die chronischen Kopfschmerzen durch Dr. med. F.\_\_\_\_, der am Konsilium teilgenommen hat, berücksichtigt worden sind und eine Addition der Arbeitsunfähigkeitsschätzung durch Dr. med. G.\_\_\_\_ unzulässig wäre, ist auf die Gesamtbeurteilung einer Arbeitsunfähigkeit von 25% durch das MGSG abzustellen. Dabei ist die von sozialpsychischen Faktoren geprägte Schmerzproblematik mit eingeschlossen.

3.5 Im Weiteren rügt der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, eine Arbeitsfähigkeit von 75% sei ganztags nicht verwertbar, wenn der Arbeitseinsatz medizinisch gesehen um 11 Uhr beginnen müsse (act. G 1 und G 6). Die internistischen und orthopädischen ärztlichen Vorgaben in den Teilgutachten sind von einer zumutbaren Arbeit ganztags mit verminderter Arbeitsleistung (75% bzw. 85%) ausgegangen. Nur das internistische Teilgutachten hat aufgrund der Gefahr von Narkolepsien während der Morgenstunden einen Arbeitsbeginn um 10 Uhr festgelegt. Weshalb es in der Gesamtbeurteilung zu einem Arbeitsbeginn um 11 Uhr gekommen ist, begründet der federführende Gutachter nicht. Daher handelt es sich überwiegend wahrscheinlich um einen Schreibfehler. Selbst wenn es sich nicht um einen Schreibfehler handeln sollte, käme der Einsatz des Beschwerdeführers an



Arbeitsplätzen in Betracht, an denen sich die Arbeitszeit in den Abend hinein erstreckt, womit die zumutbare Arbeitsleistung von 75% ganztags verwertbar wäre.

3.6 Als Zwischenergebnis ist festzuhalten, dass eine höhere Arbeitsunfähigkeit als 25% auf dem Hintergrund der gesamten Aktenlage (SUVA/IV) nicht ausgewiesen ist und dass die Restarbeitsfähigkeit von 75% ganztags verwertbar ist. Von einer Rückweisung der Streitsache zu weiterer Abklärung ist abzusehen.

4.

Zu prüfen bleiben die erwerblichen Auswirkungen der eingeschränkten Arbeitsfähigkeit. Auf der Basis einer ganztägig verwertbaren Arbeitsfähigkeit von 75% in einer angepassten Tätigkeit ist des Weiteren der Einkommensvergleich nach Art. 16 ATSG im Hinblick auf die Bemessung des Invaliditätsgrads durchzuführen. Bei dieser Methode berechnet die Verwaltung in der Regel zuerst das sogenannte Valideneinkommen. Erfasst wird damit das Erwerbseinkommen, das ohne den Gesundheitsschaden erzielt werden könnte. Davon zieht sie das Invalideneinkommen ab. Darunter ist das Erwerbseinkommen zu verstehen, das nach Eintritt des Gesundheitsschadens und nach Durchführung von Eingliederungsmassnahmen auf zumutbare Weise erreicht werden könnte. Aus der Differenz zwischen dem Valideneinkommen und dem Invalideneinkommen resultiert eine Einkommenseinbusse. Dieser Fehlbetrag wird in Prozenten ausgedrückt, welche dem Invaliditätsgrad entsprechen.

4.1 Ausgangspunkt für die Festsetzung des Valideneinkommens bildet in der Regel der letzte vor Eintritt der Gesundheitsschädigung erzielte Lohn, weil die bisherige Tätigkeit im Gesundheitsfall erfahrungsgemäss fortgesetzt worden wäre (BGE 135 V 59 E. 3.1; BGE 134 V 325 E. 4.1). Angesichts der Tatsache, dass der Beschwerdeführer im Jahr 2003 tatsächlich einen branchenunterdurchschnittlichen Lohn erzielt hat (IV-act. 6), erscheint es als sinnvoll, eine sogenannte Parallelisierung der Vergleichseinkommen durch Abstellen auf die statistischen Werte gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) 2004 vorzunehmen. Es bestehen nämlich keine Anhaltspunkte dafür, dass der Beschwerdeführer sich aus freien Stücken mit einem bescheidenen Einkommensniveau hätte begnügen wollen. Bei



der LSE wird ein sogenannter Zentralwert (Median) mit standardisierten Bruttolöhnen (Tabellengruppe A) angegeben. Der mittlere Lohn für Männer, die 2004 einfache und repetitive Tätigkeiten ausführten, belief sich gestützt auf eine 40-stündige Wochenarbeitszeit auf monatlich Fr. 4'588.--, 13. Monatslohn eingeschlossen (LSE 2004, Tabelle A1, Kategorie Total, Anforderungsniveau 4). Der Tabellengruppe A liegt allerdings eine Arbeitszeit von 40 Wochenstunden zu Grunde, welche tiefer ist als die im Jahr 2004 durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit von 41,6 Stunden. Aufgerechnet auf eine 41,6-stündige Wochenarbeitszeit ergibt sich ein statistisches Jahreseinkommen von Fr. 57'258.-- (Fr. 4'588.--: 40 x 41.6 x 12) im Gesundheitsfall.

4.2 Von einem statistischen Jahreseinkommen von Fr. 57'258.--ausgehend ergibt sich aufgrund einer verminderten Arbeitsleistung von 75% ein Invalideneinkommen von Fr. 42'943.-- (Fr. 57'258 x 0.75). Zu beachten ist, dass die statistischen Tabellenlöhne auf der Grundlage von Daten gesunder und damit in jeder Hinsicht voll einsetzbarer Arbeitnehmer erhoben werden. Der Beschwerdeführer hätte allerdings gegenüber einem gesunden Konkurrenten ein höheres Krankheitsrisiko und wäre für Überstundentätigkeit wohl nur erschwert verfügbar. Dies würde aus einer rein wirtschaftlichen Sicht seinen Wert als Arbeitskraft vermindern, was sich in einem tieferen Lohn niederschlagen würde. Dazu kommt, dass die verbliebene Arbeitsfähigkeit ganztägig verwertbar ist. Dies bedeutet, dass der Beschwerdeführer seine 75%ige Leistung in einer ganztägigen Anstellung erbringen würde, womit sein Arbeitsplatz nicht voll ausgelastet wäre (vgl. Bundesgerichtsurteil T. vom 8. Januar 2008, 9C\_603/07), bzw. sein Arbeitgeber bei unveränderten Produktionskosten eine reduzierte Arbeitsleistung entgegennehmen würde. Deshalb kann der Beschwerdeführer seine Restarbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten. Diese Benachteiligung ist mit einem zusätzlichen Abzug von 10% auszugleichen. Dessen Berücksichtigung wird durch die Tatsache nicht ausgeschlossen, dass eine Parallelisierung der Vergleichseinkommen vorgenommen worden ist. Die Parallelisierung bezweckt die Ausgleichung einer invaliditätsfremden Benachteiligung. Der zusätzliche Abzug betrifft die aus der Invalidität erwachsenen Nachteile, die nicht bereits in der Arbeitsfähigkeitsschätzung berücksichtigt sind. Das zumutbare Invalideneinkommen beläuft sich nach diesem Abzug auf Fr. 38'649.-- (Fr. 42'943.-- x 0.9).



4.3 Bei einem Valideneinkommen von Fr. 57'258.-- und einem Invalideneinkommen Fr. 38'649.-- ergibt sich eine Einkommenseinbusse von Fr. 18'609.--, was einem rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von 32.5% entspricht.

5.

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde abzuweisen. Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand 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 als angemessen. Als unterliegende Partei hat der Beschwerdeführer die Gerichtskosten zu bezahlen (vgl. Art. 95 Abs. 1 VRP). Mit dem von ihm geleisteten Kostenvorschuss in diesem Verfahren in gleicher Höhe ist die geschuldete Gerichtsgebühr getilgt.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

entschieden:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Der Beschwerdeführer hat die Gerichtskosten von Fr. 600.-- zu bezahlen; diese sind durch den geleisteten Vorschuss in gleicher Höhe gedeckt.