



**Fall-Nr.:** IV 2012/53  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 03.06.2020  
**Entscheiddatum:** 17.01.2014

### **Entscheid Versicherungsgericht, 17.01.2014**

**Art. 28 IVG; Art. 16 ATSG. Beweismwürdigung der medizinischen Aktenlage. Rückweisung zur weiteren medizinischen Abklärung in psychiatrischer Hinsicht (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 17. Januar 2014, IV 2012/53).**

Entscheid Versicherungsgericht, 17.01.2014

Präsidentin Karin Huber-Studerus, Versicherungsrichter Joachim Huber und Ralph Jöhl; Gerichtsschreiberin Nadja Francke Zubair

#### **Entscheid vom 17. Januar 2014**

in Sachen

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

**Beschwerdeführer,**

vertreten durch Rechtsanwältin lic. iur. Filiz-Félice Aydemir Séquin, Magnihalden 7,  
Postfach 14, 9004 St. Gallen,

gegen

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

**Beschwerdegegnerin,**

betreffend



### Rente

#### Sachverhalt:

A.

A.a A.\_\_\_\_ meldete sich am 11. November 2009 zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung bei der IV-Stelle des Kantons St. Gallen an. Er gab an, an Kniearthrosen beidseits zu leiden (IV-act. 1).

A.b Gemäss einem Frühinterventions(FI-)Gesprächsprotokoll des IV-internen Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 2. Dezember 2009 gab der Hausarzt des Versicherten, Dr. med. B.\_\_\_\_, Allgemeine Medizin FMH, folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit an: Gonarthrose beidseits, Status nach Operationen am Ellenbogen rechts 02/01 und Ellenbogen links 01/08 sowie eine depressive Störung. Dr. B.\_\_\_\_ teilte mit, dass der Versicherte seit der ersten Konsultation wegen Kniebeschwerden im September 1999 immer wieder in Behandlung gewesen sei. Momentan gebe es keine Behandlungsmassnahmen. Die vorgeschlagene Versorgung mit einer Kniegelenksprothese werde vom Versicherten abgelehnt. In der bisherigen Tätigkeit sei der Versicherte nicht mehr arbeitsfähig, da er nicht länger stehen, gehen oder knien könne. Hingegen dürfte in einer vorwiegend sitzenden Tätigkeit eine vollständige Arbeitsfähigkeit bestehen. Diese müsste jedoch von einem Spezialisten genau definiert werden (IV-act. 10, 23). Gemäss den vom Hausarzt eingereichten medizinischen Vorberichten war der Versicherte wegen seit mehreren Jahren zunehmender Vergesslichkeit im Jahr 2003 neuropsychologisch und neurologisch in der Klinik für Neurologie am Kantonsspital St. Gallen (KSSG) untersucht worden. Die neuropsychologische Untersuchung vom 2. April 2003 hatte leichte bis mittelschwere kognitive Beeinträchtigungen gezeigt, wobei Aufmerksamkeitsdefizite mit klinisch beobachteten Konzentrationseinbrüchen sowie exekutive Störungen mit verlangsamtem, gleichzeitig aber häufig vorschnellem Vorgehen bei deutlichen Anlauf-/Umsetzungsschwierigkeiten im Vordergrund gestanden hatten. Die untersuchenden Neuropsychologen hatten festgehalten, dass eine Diskrepanz zwischen den von der Tochter des Versicherten geschilderten, zum Teil massiven Problemen im Alltag und den objektivierten Störungen bestehe. Die Ursache der angegebenen



Beeinträchtigungen, namentlich der Vergesslichkeit sowie der Probleme beim Autofahren, könne nicht klar eingeordnet werden (IV-act. 15-15). In der folgenden neurologischen Untersuchung am 5. Juni 2003 war die Diagnose eines Verdachts auf ein depressives Syndrom mit "depression related cognitiv dysfunction" gestellt worden. Die untersuchenden Ärzte hatten ausgeführt, dass sich klinisch-neurologisch ein unauffälliger Status gezeigt habe. Die vom Versicherten wahrgenommenen Defizite seien nach den Ergebnissen der neuropsychologischen Testung am ehesten Ausdruck der objektivierbaren Aufmerksamkeitsdefizite und Konzentrationseinbrüche. Ursache dafür könnten sowohl eine affektive Störung, insbesondere eine Depression, als auch ein chronisches Schlafdefizit bei langjähriger Nachtschichtarbeit oder beides sein (IV-act. 15-10 f.). Gemäss einem vom Hausarzt ebenfalls eingereichten Bericht von Dr. med. C.\_\_\_\_, Orthopädische Chirurgie FMH, vom 9. Januar 2009 hatte dieser die Diagnose einer mittelstarken bis starken Gonarthrose vom varusmorphen Typ beidseits erhoben. Dr. C.\_\_\_\_ hatte festgehalten, dass sich an beiden Knien erhebliche Gonarthrosen mit varischer Deformation der Achsen zeigten. Es hätten sich bereits kräftige Osteophyten medial gebildet, rechts falle vor allem eine Meniscus- und Chondrokalzinosis auf. Angesichts der fortgeschrittenen Arthrose stünden Knie totalprothesen zur Diskussion (IV-act. 15-1).

A.c Am 9. Dezember 2009 erstattete die D.\_\_\_\_ AG einen Arbeitgeberbericht. Es wurde festgehalten, dass der Versicherte seit dem 1. September 1989 in der Nachtschicht mit einem betriebsüblichen vollen Pensum von 35 Stunden pro Woche tätig gewesen sei. Aus wirtschaftlichen Gründen sei dem Versicherten per 30. September 2009 gekündigt worden (IV-act. 17).

A.d Am 23. März 2010 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, dass kein Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen in Form von Arbeitsvermittlung bestehe. Die Abklärungen hätten ergeben, dass sich der Versicherte – trotz einer medizinisch-theoretischen 100%-igen Arbeitsfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit – subjektiv nicht in der Lage sehe, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen. Daher sei eine Unterstützung bei der beruflichen Eingliederung nicht möglich (IV-act. 27).

A.e Gemäss einem Bericht vom 19. Juni 2010 nannte Dr. C.\_\_\_\_ als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit Gonarthrosen beidseits, medial betont, links



mehr als rechts, sowie ein chronisches Lumbovertebralsyndrom. Er hielt fest, dass die bisherige Tätigkeit nicht mehr zumutbar sei, da der Versicherte bei Tätigkeiten wie dem dauernden Herumgehen im Betrieb und dem Heben von Stoffballen durch die Schmerzen beeinträchtigt sei. Eine leichte, vorwiegend sitzende Tätigkeit sei ganztags mit 50%-iger Belastung möglich. Nach einem operativen Vorgehen bezüglich der Gonarthrosen könne die Arbeitsfähigkeit bei einem guten Verlauf eventuell gesteigert werden (IV-act. 30). Seitens der zuständigen Krankentaggeldversicherung war der Versicherte am 19. April 2010 vom Orthopäden Dr. med. E.\_\_\_\_ untersucht worden. Dieser hatte – ausgehend von den gleichen Diagnosen wie Dr. C.\_\_\_\_ – festgehalten, dass eine fortlaufende Arbeitsunfähigkeit von 100% seit dem 25. Juni 2009 nicht vollumfänglich nachvollziehbar sei. Im Bereich der Kniegelenke hätten sich keine Aktivierungszeichen einer Gonarthrose gezeigt. Die zwingende Operationsindikation für eine Totalprothese sei auf Basis des klinischen Befundes und der eingesehenen Röntgenaufnahmen von 2009 ebenfalls nicht ausgewiesen. Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit in einer Textilstickerei sei als körperlich mittelschwer zu bezeichnen, wobei Wechselhaltungen zwischen Stehen und Sitzen möglich gewesen seien. Diese bzw. eine vergleichbare Tätigkeit sei dem Versicherten weiterhin zumutbar (IV-act. 32-8).

A.f Im Auftrag der Krankentaggeldversicherung wurde der Versicherte im September und Oktober 2010 im Institut für medizinische und ergonomische Abklärungen (IME) interdisziplinär begutachtet. Gemäss dem Gutachten vom 15. November 2010 diagnostizierte Dr. med. F.\_\_\_\_, Rheumatologie und Innere Medizin FMH, eine Tendenz zum generalisierten Schmerzsyndrom, Koordinationsschwierigkeiten unklarer Ätiologie, Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen unklarer Ätiologie, den Verdacht auf arterielle Hypertonie sowie leichtgradige Hypertriglyzeridämie und -cholesterinämie. Zur Beurteilung hielt er fest, dass sich aus rheumatologisch-somatischer Sicht objektivierbare Befunde im Sinne einer Gonarthrose beidseits und klinische Hinweise für eine Tendinopathie im Bereich der Rotatorenmanschette im linken Schultergelenk gefunden hätten. Im Weiteren hätten sich myofasciale Verspannungen im Schulter-/ Nackengürtel, welche möglicherweise die Nackenbeschwerden mitverursachten, und eine vorwiegend schmerzbedingte Funktionsstörung der Lendenwirbelsäule bei nur geringen klinischen Befunden gezeigt. Zusätzlich lägen jedoch unklare Bein-/ Fusschmerzen vor, welche differentialdiagnostisch durch eine beginnende Polyneuropathie bedingt sein könnten, sowie in der klinischen Untersuchung eine



auffällige Koordinationsschwierigkeit, welche einerseits durch eine ausgeprägte Symptomausweitung oder andererseits durch eine neurologische Grunderkrankung verursacht sein könnte. Im Rahmen der Evaluation der arbeitsbezogenen funktionellen Leistungsfähigkeit hätten sich erhebliche Hinweise auf eine Symptomausweitung gezeigt. Bezüglich der Arbeitsfähigkeit bestehe aus rein rheumatologischer Sicht eine nachvollziehbare Einschränkung in Form einer verminderten Belastbarkeit beim längeren Stehen und bei kniebelastenden Tätigkeiten. Eine angepasste Verweistätigkeit sollte dem Versicherten hingegen zumutbar sein, wobei aufgrund der multilokulären Schmerzsymptomatik ein vermehrter Pausenbedarf im Ausmass von 20% über den Tag verteilt bestehe. Damit betrage die medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit in einer ideal angepassten Tätigkeit 80%. Da sich jedoch Hinweise für eine zu Grunde liegende neurologische Grunderkrankung fänden, könne die Arbeitsfähigkeit aus somatischer Sicht nicht abschliessend beurteilt werden. Es sei zunächst eine neurologische Untersuchung mit neuropsychologischer Untersuchung inklusive Symptomvalidierungstests angezeigt. Im seinem psychiatrischen Fachgutachten vom 20. Oktober 2010 führte Dr. med. G.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, aus, der Versicherte sei zum Zeitpunkt der Untersuchung am 24. September 2010 psychopathologisch nicht sehr auffällig gewesen. Die Grundstimmung sei etwas zum depressiven Pol hin verschoben gewesen, die affektive Modulationsfähigkeit sei nicht eingeschränkt gewesen. Im Rahmen der Untersuchung hätten sich keinerlei Hinweise auf das Vorliegen einer Störung durch psychotrope Substanzen, einer Schizophrenie, einer schizotypen oder wahnhaften Störung oder einer Persönlichkeitsstörung gefunden. Das Vorliegen einer Demenz könne nicht sicher ausgeschlossen werden. Dazu müsste eine neuropsychologische Verlaufsbeurteilung mit Symptomvalidierungstests durchgeführt werden. Aufgrund der nur schwer nachvollziehbaren Beschwerdeschilderung könnten keine Angaben darüber gemacht werden, ob der Beschwerdeführer an einer affektiven Störung oder an einer Anpassungsstörung leide oder nicht. Wegen der unklaren somatischen Situation könnten auch keine Angaben betreffend das Vorliegen einer somatoformen Schmerzstörung gemacht werden. Sinnvolle Angaben zur Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht seien ohne weitere Abklärungen nicht möglich (Fremdakten G 6.2).



A.g Auf Veranlassung des RAD (vgl. Stellungnahme vom 25. März 2011, IV-act. 48) wurde der Versicherte im Mai 2011 neurologisch von Dr. med. H.\_\_\_\_, Neurologie FMH, und neuropsychologisch von Dr. phil. I.\_\_\_\_, Psychologin FSP/Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP, untersucht und begutachtet. Im Gutachten vom 20. Juli 2011 nannte Dr. H.\_\_\_\_ folgende Diagnosen: Subjektive kognitive Defizite in Form von Gedächtnisstörungen ohne sichere Hinweise für eine organische Ursache, differentialdiagnostisch im Rahmen einer nicht näher zu bezeichnenden psychiatrischen Erkrankung, sowie ein generalisiertes Schmerzsyndrom mit bekannter Gonarthrose beidseits, ohne sichere Anhaltspunkte für eine Polyneuropathie oder ein Restless-legs-Syndrom, möglicherweise im Rahmen einer somatoformen Schmerzstörung. Zur Beurteilung hielt sie fest, dass die kognitiven Einschränkungen im Rahmen der neuropsychologischen Untersuchung ätiologisch nicht sicher hätten zugeordnet werden können. Es bestehe aber der hochgradige Verdacht, dass eine psychiatrische Erkrankung hierfür ganz wesentlich verantwortlich sei. Diesen Eindruck habe sie auch im Rahmen der neurologischen Untersuchung gewonnen, womit es dringend geboten erscheine, den Versicherten nochmals adäquat psychiatrisch abklären zu lassen. Aus der heutigen Perspektive sei es unverständlich, dass der erstbeurteilende Psychiater zu keiner Diagnose gekommen sei. Da anlässlich der neuropsychologischen Abklärung ein hirnorganischer Faktor nicht ganz habe ausgeschlossen werden können, empfehle sich im Weiteren, die kernspintomografische Untersuchung zu wiederholen. Das geklagte Schmerzsyndrom interpretiere sie aus neurologischer Sicht ebenfalls im Zusammenhang mit psychischen/psychiatrischen Faktoren. Die Beobachtungen im Rahmen der neurologischen Untersuchung wiesen auf das Vorliegen einer somatoformen Schmerzstörung hin. Dieser Aspekt sei in der psychiatrischen Beurteilung mit zu berücksichtigen. Rein aufgrund der geklagten Schmerzen bestehe aus neurologischer Sicht keine Einschränkung für die zuletzt ausgeführte Tätigkeit als Nachseher in einer Stickereifirma sowie für eine Verweistätigkeit. Aus neuropsychologischer Sicht lasse sich hingegen keine sichere Einschätzung der Arbeitsfähigkeit vornehmen, da die geklagten Beschwerden wahrscheinlich im Wesentlichen durch psychologische/psychiatrische Faktoren beeinflusst würden. Insofern müsse noch eine psychiatrische Begutachtung erfolgen (IV-act. 56-10 ff.). Im neuropsychologischen Fachgutachten vom 17. Mai 2011 hielt Dr. I.\_\_\_\_ zur Frage der IV-Stelle fest, dass gegenüber der



## St.Galler Gerichte

neuropsychologischen Voruntersuchung im April 2003 multiple und hoch signifikante Verschlechterungen bei jedoch auch hoch auffälliger Symptomvalidierung nachweisbar seien. Nebst den nicht authentischen kognitiven Funktionsstörungen sei von signifikanten Verhaltensänderungen mit Hinweisen auf dissoziative Symptome auszugehen, welche in der psychiatrischen Untersuchung von 2010 jedoch nicht festgestellt worden seien (IV-act. 54-6).

A.h Am 7. Oktober 2011 stellte der RAD fest, dass Dr. G.\_\_\_\_ gemäss seinem Gutachten vom 24. September 2010 keine psychiatrische Diagnose erhoben habe. Es gebe hinsichtlich des psychiatrischen Gesundheitszustandes keine Hinweise, dass sich dieser seit der Begutachtung durch Dr. G.\_\_\_\_ wesentlich verändert habe. Basierend auf der MRI-Vergleichsuntersuchung in der Klinik Stephanshorn vom 7. September 2011 (vgl. IV-act. 59) könne festgehalten werden, dass es zu keiner Veränderung der am 9. Oktober 2007 festgestellten leichtgradigen Hirnatrophie gekommen sei. Daraus folgend könne ein hirndegenerativer Prozess mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden. In der neuropsychologischen Testung vom 16. Mai 2011 hätten sich Tendenzen zur Aggravation gezeigt. Insgesamt könne auf das Gutachten des IME vom 15. November 2010 und der dortigen Einschätzung einer 80%-igen Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit abgestellt werden (IV-act. 60).

A.i Die IV-Stelle führte einen Einkommensvergleich durch, woraus sich ein Invaliditätsgrad von rund 33% ergab (IV-act. 62, 63). Mit einem Vorbescheid vom 28. Oktober 2011 stellte sie dem Versicherten die Abweisung des Rentenbegehrens in Aussicht. Zur Begründung führte sie an, dass der Versicherte gemäss ihren Abklärungen in der bisherigen Tätigkeit als Nachseher und Aufspanner keine Arbeitsfähigkeit aufweise. In einer leidensangepassten Tätigkeit sei er zu 80% arbeitsfähig. Damit erleide der Versicherte keine Erwerbseinbusse, die eine Rente generiere (IV-act. 64). Mit einer Verfügung vom 19. Dezember 2011 wies die IV-Stelle einen Rentenanspruch des Versicherten ab (IV-act. 69).

B.

B.a Gegen diese Verfügung richtet sich die vorliegende Beschwerde des Versicherten, vertreten durch Rechtsanwältin Filiz-Félice Aydemir Séquin, vom 1. Februar 2012. Der



Beschwerdeführer stellt folgende Anträge: Die Verfügung vom 19. Dezember 2011 sei aufzuheben; es sei ihm eine ganze Rente ab Gesuchseinreichung zuzusprechen, eventualiter sei ihm eine Dreiviertels-, eine halbe oder eine Viertelsrente zuzusprechen; es sei ein psychiatrisches Ergänzungsgutachten durch Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, einzuholen, eventualiter sei die Vorinstanz zu dessen Einholung zu verpflichten, subeventualiter sei ein fachärztlicher psychiatrischer Bericht durch eine neutrale und unabhängige Drittstelle, nicht aber durch Dr. G.\_\_\_\_, einzuholen; in orthopädischer Hinsicht seien neue bildgebende Verfahren bei beiden Kniegelenken zu veranlassen; schliesslich seien beim Einkommensvergleich das Valideneinkommen höher und das Invalideneinkommen tiefer anzusetzen. Zur Begründung führt die Rechtsvertreterin im Wesentlichen aus, dass nicht auf das interdisziplinäre Gutachten der Swica (gemeint: des IME) vom 15. November 2010 abgestellt werden könne. Die Gutachter hätten das Ausmass der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers nicht abschliessend beurteilen können. Dem psychiatrischen Gutachter Dr. G.\_\_\_\_ sei es erst gar nicht möglich gewesen, eine Diagnose zu stellen. Die anschliessende neuropsychologische Untersuchung habe ergeben, dass die geklagten Beschwerden im Wesentlichen durch psychologische/psychiatrische Faktoren beeinflusst würden, weshalb eine nochmalige adäquate psychiatrische Abklärung als dringend geboten erachtet worden sei. Aus diesem Grund sei es unhaltbar, wenn die Vorinstanz entgegen den Ausführungen im neurologischen/neuropsychologischen Gutachten vom 20. Juli 2011 auf eine rein rheumatologische Einschätzung der Arbeitsfähigkeit gemäss dem Swica-Gutachten vom 15. November 2010 abstelle, anstatt den Beschwerdeführer erneut psychologisch abklären zu lassen. Der rheumatologische Gutachter Dr. F.\_\_\_\_ habe festgehalten, dass bei einer weiteren Zunahme der degenerativen Veränderungen im Bereich der Kniegelenke mit einer Zunahme der Beschwerden und mit einer allenfalls weiteren Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu rechnen sei. Die vorliegenden bildgebenden Verfahren datierten von Januar und September 2009. Aus rheumatologischer/orthopädischer Sicht erscheine daher eine Neubeurteilung gestützt auf aktuelle bildgebende Verfahren erforderlich. Als Gutachter für ein psychologisches Ergänzungsgutachten werde Dr. J.\_\_\_\_ vorgeschlagen, da der Beschwerdeführer bei diesem bereits zur psychologischen Behandlung angemeldet worden sei. Zudem erscheine die Begutachtung durch einen k.\_\_\_\_ sprechenden Psychiater sinnvoll, zumal in sämtlichen vorliegenden Arztberichten von Schwierigkeiten bei der Anamnese-



erhebung trotz Anwesenheit eines Dolmetschers berichtet worden sei. Eine erneute Begutachtung durch Dr. G.\_\_\_\_ erscheine angesichts der von Dr. I.\_\_\_\_ geäusserten Bedenken, der unprofessionellen Vorgehensweise sowie des Vertrauensverlusts seitens des Beschwerdeführers als nicht angebracht. Bezüglich der Bestimmung des Valideneinkommens führt die Rechtsvertreterin aus, es sei davon auszugehen, dass dem Beschwerdeführer nur aus krankheitsbedingten und nicht aus wirtschaftlichen Gründen bei der D.\_\_\_\_ AG gekündigt worden sei, weshalb er im Gesundheitsfall auch heute noch bei diesem Arbeitgeber tätig sein würde. Es sei das Einkommen des Jahres 2006 heranzuziehen, da der Beschwerdeführer bereits im Jahr 2007 und anschliessend mehrheitlich im Jahr 2008 wegen der Gonarthrose krankheitsbedingt abwesend gewesen sei, was sich auf die Leistungsfähigkeit und damit auf den Lohn des Beschwerdeführers negativ ausgewirkt habe. Unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung bis 2010 liege das Valideneinkommen bei Fr. 77'261.50. Auch bei der Bestimmung des Invalideneinkommens seien die durchschnittlichen statistischen Löhne des Jahres 2006 gemäss der Lohnstrukturerhebung des Bundes heranzuziehen. Im Weiteren sei ein Tabellenlohnabzug in Höhe von 25% aufgrund der eingeschränkten Leistungsfähigkeit trotz ganztägiger Präsenz, des erhöhten Krankheitsrisikos, des fortgeschrittenen Alters, der Unkenntnis der deutschen Sprache sowie der ausschliesslichen bisherigen Arbeitstätigkeit in der Textilbranche bzw. der fehlenden Kenntnisse in anderen Branchen vorzunehmen. Ausgehend von einer 80%igen Arbeitsfähigkeit ergebe sich ein Invalideneinkommen von Fr. 36'285.--. Die damit vorliegende Erwerbseinbusse von Fr. 40'977.-- entspräche einem Invaliditätsgrad von mindestens 53% (act. G 1).

B.b Am 19. März 2012 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Sie stellt sich auf den Standpunkt, dass beim Beschwerdeführer Symptomausweitungen vorlägen, wodurch die Arbeitsfähigkeit nicht direkt aufgrund der gezeigten Fähigkeiten des Beschwerdeführers beurteilt werden könne. Aus rein medizinischer Sicht stimmten die objektivierbaren Befunde nicht mit der vorgetäuschten Verminderung der Leistungsfähigkeit überein. Dieser Umstand sei jedoch nicht auf eine mangelhafte medizinische Abklärung, sondern auf die Aggravation zurückzuführen. Es sei deshalb mit dem RAD auf das IME-Gutachten abzustellen. Danach sei von einer ganztägigen Arbeitsfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit mit einer Leistungsfähigkeit von 80% auszugehen. Unter



## St.Galler Gerichte

diesen Umständen entfalle selbstverständlich ein Teilzeitabzug. Der Beschwerdeführer sei als Hilfsarbeiter zu qualifizieren. Da er als Gesunder einen weit überdurchschnittlichen Lohn von Fr. 71'235.-- im Jahr 2008 erzielt habe, sei davon auszugehen, dass er nach Eintritt des Gesundheitsschadens grundsätzlich den für 2008 durchschnittlichen Hilfsarbeiterlohn von Fr. 59'979.-- bzw. Fr. 47'983.-- bei einer 80%-igen Arbeitsfähigkeit erzielen könnte. Der Einkommensvergleich sei nicht zu beanstanden. Bei einem Invaliditätsgrad von 33% habe der Beschwerdeführer keinen Rentenanspruch (act. G 6).

B.c Mit einer Replik vom 7. Mai 2012 hält der Beschwerdeführer an seinen Beschwerdeanträgen fest. Die Rechtsvertreterin führt zur Sachverhaltsdarstellung der Beschwerdegegnerin aus, dass der Beschwerdeführer nicht auf die Vornahme eines Einwandes gegen den Vorbescheid verzichtet habe, sondern aufgrund seiner Erkrankung nicht in der Lage gewesen sei, selbständig Einsprache zu erheben. Im Übrigen verweist die Rechtsvertreterin auf die Ausführungen in der Beschwerde (act. G 9).

B.d Die Beschwerdegegnerin hat auf die Einreichung einer Duplik verzichtet (act. G 11).

### Erwägungen:

1.

1.1 Nach Art. 28 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) besteht der Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70%, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60% invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% besteht ein Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% ein Anspruch auf eine Viertelsrente. Gemäss Art. 16 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) ist zur Bemessung des Invaliditätsgrades das Einkommen, das die versicherte Person nach dem Eintritt der Invalidität und nach der Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener



Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung zu setzen zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen).

1.2 Das ausschlaggebende Element der Bemessung des zumutbaren Invalideneinkommens – und damit indirekt des Invaliditätsgrades – ist grundsätzlich der Grad der verbliebenen Arbeitsfähigkeit, so dass dessen Ermittlung in der Regel den ersten Schritt bei der Erhebung des massgebenden Sachverhalts bildet. Um den Grad der Arbeitsunfähigkeit bemessen zu können, sind Verwaltung und Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe der ärztlichen Sachverständigen ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen). In beweisrechtlicher Hinsicht gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben die urteilenden Instanzen die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen).

2.

2.1 Zu klären ist die Frage, ob die medizinische Aktenlage eine rechtsgenügende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers erlaubt.

2.2 In somatischer Hinsicht hat der behandelnde Orthopäde Dr. C.\_\_\_\_ gemäss seinem Bericht vom 9. Januar 2009 eine mittelstarke bis starke Gonarthrose vom varusmorphen Typ beidseits diagnostiziert. Aufgrund der fortgeschrittenen Arthrose hat er Knie totalprothesen als indiziert erachtet (vgl. IV-act. 15-1). Dr. B.\_\_\_\_ hat den Beschwerdeführer in der bisherigen Tätigkeit als nicht mehr arbeitsfähig eingeschätzt. In einer vorwiegend sitzenden Tätigkeit ist er von einer vollständigen Arbeitsfähigkeit



ausgegangen, hat jedoch angefügt, dass die Arbeitsfähigkeit von einem Spezialisten genau definiert werden müsse (vgl. IV-act. 10, 23). Dr. C.\_\_\_\_ hat gemäss seinem Bericht vom 19. Juni 2010 nebst den Gonarthrosen die Diagnose eines chronischen Lumbovertebralsyndroms erhoben. Zur Arbeitsfähigkeit hat er festgehalten, dass dem Beschwerdeführer die bisherige Tätigkeit in der Textilstickerei nicht mehr zumutbar sei, da dieser durch die Schmerzen bei Tätigkeiten wie dem dauernden Herumgehen im Betrieb und dem Heben von Stoffballen beeinträchtigt sei. Eine leichte, vorwiegend sitzende Tätigkeit sei ganztags mit 50%-iger Belastung möglich (vgl. IV-act. 30). Demgegenüber hat Dr. E.\_\_\_\_, welcher den Beschwerdeführer im Auftrag der Swica untersuchte, in seinem Bericht vom 20. April 2010 festgehalten, dass die vom Hausarzt seit dem 25. Juni 2009 attestierte vollständige Arbeitsunfähigkeit (in der bisherigen Tätigkeit) nicht vollumfänglich nachvollziehbar sei. Es hätten sich im Bereich der Kniegelenke keine Aktivierungszeichen einer Gonarthrose gezeigt. Weiter sei die zwingende Indikation für Knietotalprothesen auf Basis des klinischen Befundes und der Röntgenaufnahmen von 2009 nicht ausgewiesen. Die bisherige als mittelschwer und wechselbelastend zu qualifizierende Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer weiterhin zumutbar (vgl. IV-act. 32-8). Zu dieser Einschätzung hat Dr. C.\_\_\_\_ zu Händen der Swica am 5. Mai 2010 festgestellt, er könne es angesichts der objektiven Befunde nicht nachvollziehen, dass Dr. E.\_\_\_\_ dem Beschwerdeführer eine vollständige Arbeitsfähigkeit attestiert habe. Gemäss seinen Untersuchungen liege eine erhebliche beidseitige Varusgonarthrose vor, die dem Beschwerdeführer nicht nur bei Belastung, sondern auch nachts Schmerzen bereite, womit eine vollständige Erholung nur schwer möglich sei. Angesichts des Röntgenbildes und der objektiven Befunde mit klinischer Verbreiterung des Gelenks müsse von einer Einschränkung von mindestens 50% in einer adaptierten Tätigkeit ausgegangen werden (vgl. IV-act. 32-6). Am 23. September 2010 ist der Beschwerdeführer im Rahmen der interdisziplinären Begutachtung vom Rheumatologen Dr. F.\_\_\_\_ untersucht und beurteilt worden. Dieser hat als Diagnose insbesondere eine Tendenz zum generalisierten Schmerzsyndrom mit Gonarthrosen beidseits, mit chronisch rezidivierendem lumbo- und zervikovertebralem Schmerzsyndrom, mit Bein- und Fusschmerzen unklarer Ätiologie, mit chronisch rezidivierenden Schulter- und Ellenbogenschmerzen beidseits sowie mit einer Tendenz zum dysfunktionalen Schmerz- und Krankheitsverhalten mit Hinweisen für eine erhebliche Symptomausweitung erhoben. Im Weiteren hat er Koordinations-



schwierigkeiten sowie Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen unklarer Ätiologie festgestellt. Zur Beurteilung hat Dr. F.\_\_\_\_ festgehalten, dass aus rheumatologisch-somatischer Sicht objektivierbare Befunde im Sinne einer Gonarthrose beidseits und klinische Hinweise für eine Tendinopathie im Bereich der Rotatorenmanschette im linken Schultergelenk vorlägen. Die myofascialen Verspannungen im Schulter-/Nackengürtel seien möglicherweise mitursächlich für die Nackenbeschwerden. Bezüglich der vorwiegend schmerzbedingten Funktionsstörung der Lendenwirbelsäule hätten sich nur geringe klinische Befunde gezeigt. Die Bein-/Fusschmerzen seien objektiv nicht zu erklären, könnten aber durch eine Polyneuropathie bedingt sein. In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit bestehe aus rein rheumatologischer Sicht eine nachvollziehbare Einschränkung in Form einer verminderten Belastbarkeit beim längeren Stehen und bei kniebelastenden Tätigkeiten. Eine angepasste Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer zumutbar, wobei aufgrund der multilokulären Schmerzsymptomatik ein vermehrter Pausenbedarf im Ausmass von 20% über den Tag verteilt bestehe (vgl. Fremddakten G 6.2). Diese Arbeitsfähigkeitsschätzung hat Dr. F.\_\_\_\_ unter dem Vorbehalt vorgenommen, dass den Beschwerden keine neurologische Erkrankung zu Grunde liegt. Da sich Hinweise für eine neurologische Grunderkrankung gezeigt haben, hat er eine neurologische/neuropsychologische Untersuchung des Beschwerdeführers empfohlen. Er hat festgehalten, dass dem Beschwerdeführer bei einem unauffälligen Befund aus somatischer Sicht eine 80%-Pensum in einer angepassten Tätigkeit zumutbar sei. Sollten sich in diesen Untersuchungen jedoch Erkrankungen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit finden, müsste eine erneute interdisziplinäre Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erfolgen (vgl. Fremddakten G 6.2, S. 11 des Gutachtens). Gemäss dem neurologischen/ neuropsychologischen Gutachten vom 20. Juli 2010 hat keine neurologische Erkrankung mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit festgestellt werden können. Dr. H.\_\_\_\_ hat zur Beurteilung festgehalten, dass anamnestisch Hinweise für ein mögliches Restless-legs-Syndrom fehlten. Klinisch-neurologisch habe sich kein objektivierbarer pathologischer Befund erheben lassen. Auffällig seien hingegen gewisse Diskrepanzen z.B. bezüglich der LWS-Beweglichkeit bei Prüfung im Stehen bzw. im Liegen und in Bezug auf die Muskelkraft, so dass sich Verdachtsmomente in Richtung einer somatoformen Schmerzstörung ergäben. Da sich auch elektroneurographisch kein sicher pathologischer Befund erheben lasse, könne aus neurologischer Sicht die im Vorfeld geäusserte Verdachtsdiagnose einer Polyneuropathie nicht erhärtet werden



(IV-act. 56-11). In rein neurologischer Hinsicht bestehe sowohl in der bisherigen wie auch einer angepassten Tätigkeit keine wesentliche Arbeitsunfähigkeit (vgl. IV-act. 56-14, 56-15).

2.3 Die neuropsychologische Testung vom 16. Mai 2011 hat leichte, mittelschwere und schwere Funktionsstörungen in allen untersuchten Funktionsbereichen gezeigt (vgl. IV-act. 54-5). Dr. I.\_\_\_\_ hat die Ursache der Testergebnisse in erster Linie in einer nicht näher zu bezeichnenden psychischen/psychiatrischen Störung gesehen (vgl. IV-act. 56-11). Ein zu Grunde liegender hirnorganischer Faktor hat im Rahmen der neuropsychologischen Abklärung nicht ganz ausgeschlossen werden können, weshalb die Wiederholung einer kernspintomografischen Untersuchung mit der Frage nach einer Zunahme der dazumal beschriebenen leichtgradigen Hirnatrophie (Untersuchung vom 9. Oktober 2007, vgl. IV-act. 15-7) empfohlen worden ist. Dr. H.\_\_\_\_ hat diesbezüglich festgehalten, dass nur eine deutliche Zunahme der Atrophie auf einen hirndegenerativen Prozess schliessen liesse (vgl. IV-act. 56-12). Die am 7. September 2011 durchgeführte Kernspintomografie hat im Vergleich zur Voruntersuchung vom 9. Oktober 2007 ein unverändertes Ausmass der leichtgradigen diffusen corticalen Hirnatrophie sowie der geringgradigen chronischen Marklagerischämie ergeben (vgl. IV-act. 59). Der RAD hat daher am 7. Oktober 2010 zu Recht festgestellt, dass ein hirndegenerativer Prozess mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden könne (vgl. IV-act. 60).

2.4 Zusammenfassend liegen in somatischer Hinsicht orthopädisch/rheumatologisch objektiv nachweisbare Befunde mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit vor. Die Fachärzte Dres. C.\_\_\_\_, E.\_\_\_\_ und F.\_\_\_\_ haben die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers jeweils unterschiedlich eingeschätzt. Dabei erscheint die Beurteilung und Einschätzung von Dr. F.\_\_\_\_ am plausibelsten. Dr. F.\_\_\_\_ hat den Beschwerdeführer im Rahmen der Begutachtung durch das IME eingehend untersucht und seine Beurteilung in Kenntnis der Vorakten – die Beurteilungen der orthopädischen Fachärzte inbegriffen – vorgenommen. Seine Ausführungen, wonach trotz der objektivierten pathologischen Befunde die Schmerzen des Beschwerdeführers im geklagten Ausmass nicht hinreichend erklärbar sind, erscheinen nachvollziehbar und schlüssig. Dass sich aufgrund der objektiven Befunde, insbesondere der Gonarthrose beidseits, eine nachvollziehbare Einschränkung in Form einer verminderten



Belastbarkeit beim längeren Stehen und bei kniebelastenden Tätigkeiten ergibt, leuchtet ein. Demgegenüber hat Dr. E.\_\_\_\_ die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als nicht eingeschränkt erachtet (vgl. IV-act. 32-8). Diese Einschätzung ist unter Berücksichtigung der objektivierbaren Befunde nicht nachvollziehbar, zumal aus dem Arbeitgeberbericht der D.\_\_\_\_ AG hervorgeht, dass die bisherige Tätigkeit des Beschwerdeführers überwiegend im Stehen und Gehen auszuüben gewesen ist (vgl. IV-act. 17-6). Aus rein rheumatologischer Sicht hat Dr. F.\_\_\_\_ eine den vorliegenden Befunden und Beschwerden angepasste Verweistätigkeit für zumutbar gehalten. Dabei sollte es sich um eine leichte bis höchstens mittelschwere, vorwiegend sitzende Tätigkeit mit der Möglichkeit zur Wechselbelastung handeln. Aufgrund der multilokulären Schmerzsymptomatik bestehe ein vermehrter Pausenbedarf im Ausmass von 20% über den Tag verteilt, womit von einer 80%-igen Arbeitsfähigkeit auszugehen sei (vgl. Fremdakten G 6.2, S. 11 des Gutachtens). Der behandelnde Orthopäde Dr. C.\_\_\_\_ hat in einer ganztägigen adaptierten Tätigkeit lediglich eine 50%-ige Belastbarkeit attestiert. Die Einschränkung hat er mit den Kniebeschwerden beidseits sowie dem Vorliegen eines chronischen Lumbovertebralsyndroms begründet (vgl. IV-act. 30-3 f.). Aus dem Gutachten von Dr. F.\_\_\_\_ geht hingegen hervor, dass sich bezüglich der Funktionsstörungen der Lendenwirbelsäule nur geringe klinische Befunde gezeigt haben und die Störungen vorwiegend schmerzbedingt gewesen sind (vgl. Fremdakten der G 6.2, S. 9). Es ist davon auszugehen, dass Dr. C.\_\_\_\_ als behandelnder Arzt die vom Beschwerdeführer geklagten Schmerzen, denen zumindest im lumbovertebralen Bereich kein hinreichend objektivierter pathologischer Befund zugeordnet werden kann, bei seiner Beurteilung zu stark gewichtet hat und damit zu einer höheren Einschränkung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers gekommen ist. Angesichts der beim Beschwerdeführer im Vordergrund stehenden Kniebeschwerden aufgrund der fortgeschrittenen Gonarthrose erscheint die von Dr. F.\_\_\_\_ attestierte 80%-ige Arbeitsfähigkeit in einer leidensadaptierten, vorwiegend sitzenden Tätigkeit plausibler. Da sich in der Untersuchung durch Dr. H.\_\_\_\_ keine den Beschwerden zu Grunde liegende neurologische Erkrankung gezeigt hat, kann auch der von Dr. F.\_\_\_\_ angebrachte Vorbehalt bezüglich seiner Arbeitsfähigkeitsschätzung als aufgehoben gesehen werden. Im Übrigen hat ein hirnorganischer Faktor als Grund für die im Rahmen der neuropsychologischen Testung festgestellten Funktionsstörungen anhand der Kernspintomografie überwiegend wahrscheinlich ausge-



geschlossen werden können. Folglich kann in somatischer Hinsicht auf die Einschätzung von Dr. F.\_\_\_\_, wonach der Beschwerdeführer in einer adaptierten Tätigkeit zu 80% arbeitsfähig ist, abgestellt werden.

2.5 Mit Verweis auf die Prognose von Dr. F.\_\_\_\_, wonach bei einer weiteren Zunahme der degenerativen Veränderungen im Bereich der Kniegelenke mit einer Zunahme der Beschwerden und allenfalls weiteren Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit zu rechnen ist, bringt die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers vor, es sei aus rheumatologischer/orthopädischer Sicht eine Neubeurteilung gestützt auf aktuelle bildgebende Verfahren erforderlich, da die vorhandenen Röntgenaufnahmen von Januar und September 2009 datierten und damit veraltet seien. Dazu ist festzuhalten, dass es weder die orthopädischen Fachärzte Dr. C.\_\_\_\_ und Dr. E.\_\_\_\_, noch der Rheumatologe Dr. F.\_\_\_\_ als notwendig erachtet haben, für ihre Beurteilungen neue Röntgenaufnahmen zu veranlassen. Es ist daher davon auszugehen, dass sich die Befunde im Wesentlichen nicht verändert haben. Im Rahmen der jüngsten medizinischen Beurteilung, namentlich der neurologischen/neuropsychologischen Begutachtung vom Mai 2011, hat der Beschwerdeführer bei den subjektiven Beschwerdeangaben denn auch keine Verschlechterung der Kniebeschwerden beklagt, sondern hat diese eher hintergründig erwähnt (vgl. IV-act. 56-2). Es gibt somit keine Hinweise darauf, dass bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung am 19. Dezember 2011 eine Verschlechterung der Kniebeschwerden eingetreten ist, welche eine Neubeurteilung anhand neuer bildgebender Verfahren erforderlich machen würde. Es kann daher in somatischer Hinsicht bis zum Zeitpunkt des Verfügungserlasses mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine 80%-ige Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer leidensangepassten Tätigkeit angenommen werden.

2.6 In psychiatrischer Hinsicht hat Dr. G.\_\_\_\_ im Rahmen der Begutachtung vom 24. September 2010 keine Diagnose stellen können. Er hat festgehalten, dass sich hinsichtlich des Vorliegens einer Störung durch psychotrope Substanzen, einer Schizophrenie, einer schizotypen oder wahnhaften Störung sowie einer Persönlichkeitsstörung keine Hinweise fänden. Psychopathologisch sei der Beschwerdeführer zum Zeitpunkt der Untersuchung bis auf eine etwas zum depressiven Pol verschobene Grundstimmung nicht sehr auffällig gewesen. Obwohl der Beschwerdeführer unter anderem über eine Minderung der Konzentration und des



Gedächtnisses geklagt habe, seien die mnestischen und kognitiven Funktionen anlässlich der Untersuchung nicht sehr auffällig gewesen. Hingegen sei die Beschwerdeschilderung nur schwer nachvollziehbar gewesen. Sie sei insgesamt vage und teilweise widersprüchlich ausgefallen. Aus diesem Grund könnten keine Angaben darüber gemacht werden, ob der Beschwerdeführer an einer affektiven Störung oder an einer Anpassungsstörung leide oder nicht. Aufgrund der unklaren somatischen Situation seien auch keine Angaben betreffend das Vorliegen einer somatoformen Schmerzstörung möglich. Ohne weitere psychiatrische Abklärungen, insbesondere einer neuropsychologischen Testung mit Symptomvalidierungstests, könne keine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht erfolgen (Fremdakten G 6.2, S. 22 des Fachgutachtens).

2.7 Die neuropsychologische Testung vom 16. Mai 2011 hat leichte, mittelschwere und schwere kognitive Funktionsstörungen in allen untersuchten Funktionsbereichen ergeben. Dr. I. \_\_\_ hat ausgeführt, dass es zu groben Abweichungen von Norm- und Erfahrungswerten gekommen sei. Der Beschwerdeführer habe im Verhältnis relativ gute Leistungen im sprachlichen Langzeitgedächtnis, in der Spontansprache/ Kommunikation sowie im Schreiben gezeigt. Daneben seien sehr schlechte Leistungen im figuralen Gedächtnis, im Benennen, im Antrieb sowie in der visuomotorischen Verarbeitungsgeschwindigkeit evaluiert worden. Die Befunde seien in sich diskrepant. Es sei zu ausweichendem Verhalten mit vielen "weiss nicht"-Antworten sowie Hinweisen für dissoziative Symptome gekommen. In beiden Symptomvalidierungsverfahren seien schwerst gestörte Leistungen auszumachen gewesen, welche zum Teil nicht verwertbar gewesen seien. Im Vergleich zur neuropsychologischen Erstuntersuchung im April 2003 mit leichten bis mittelschweren Störungen sei es aktuell zu einer hochsignifikanten Verschlechterung in praktisch allen untersuchten Funktionsbereichen gekommen. Zudem hätten die Verhaltensbeobachtung während der Testung sowie die Angaben der Tochter eine Verschlechterung des Verhaltens gezeigt. Hinter den kognitiven Störungen müsse ein psychiatrischer Faktor mit zumindest teilweisen unbewussten Anteilen angenommen werden. Als Diagnose hat Dr. I. \_\_\_ eine nicht näher zu bezeichnende Persönlichkeitsstörung angegeben (vgl. IV-act. 54). Die Neurologin Dr. H. \_\_\_ hat gemäss dem Gutachten vom 20. Juli 2011 die Angabe von Dr. I. \_\_\_ bestätigt, dass für die kognitiven Einschränkungen eine Störung aus dem psychiatrischen Formenkreis ganz



wesentlich verantwortlich sei. Zudem hat sie festgehalten, dass es unverständlich sei, dass Dr. G.\_\_\_\_ zu keiner Diagnose habe kommen können. Auch das vom Beschwerdeführer geklagte Schmerzsyndrom interpretiere sie aus neurologischer Sicht im Zusammenhang mit psychischen/psychiatrischen Faktoren. Die Beobachtungen im Rahmen der neurologischen Untersuchung wiesen auf das Vorliegen einer somatoformen Störung hin (vgl. IV-act. 56-11 f.). Zusammenfassend haben die Gutachterinnen sowohl bezüglich der Beurteilung der kognitiven Einschränkungen und des Schmerzsyndroms als auch der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit eine nochmalige psychiatrische Begutachtung als erforderlich angesehen (vgl. IV-act. 56-13 f.).

2.8 Der RAD hat gemäss seiner Stellungnahme vom 7. Oktober 2011 entgegen den Ausführungen der Dres. H.\_\_\_\_ und I.\_\_\_\_ weiterhin auf das Gutachten von Dr. G.\_\_\_\_ abgestellt. Er hat ausgeführt, dass Dr. G.\_\_\_\_ keine psychiatrische Diagnose erhoben habe und es keine Hinweise darauf gebe, dass sich der psychische Gesundheitszustand seit dieser Begutachtung wesentlich verändert habe. Zudem hätten sich in der neuropsychologischen Testung vom 16. Mai 2011 Tendenzen zur Aggravation gezeigt (vgl. IV-act. 60). Auch die Beschwerdegegnerin bringt vor, dass die vom Beschwerdeführer gezeigten Einschränkungen auf Symptomausweitungen zurückzuführen seien (vgl. act. G 6). Tatsächlich gibt es einige Hinweise in den Akten, welche auf eine Symptomausweitung seitens des Beschwerdeführers deuten. Beispielsweise ist bei der Evaluation der arbeitsbezogenen funktionellen Leistungsfähigkeit am 23. und 24. September 2010 keine Beurteilung der effektiven Leistungsgrenze bei den Tests möglich gewesen. Es ist festgehalten worden, dass die Leistungsbereitschaft des Beschwerdeführers im Wesentlichen schlecht gewesen sei. Die Beobachtungen bei den Tests hätten auf eine deutliche Selbstlimitierung hingewiesen. Die Konsistenz sei schlecht gewesen. Zusammengefasst habe es erhebliche Hinweise auf eine Symptomausweitung gegeben (vgl. Fremdakten G 6.2, im Anhang zum IME-Gutachten). Weiter haben sich im Rahmen der rheumatologischen Untersuchung durch Dr. F.\_\_\_\_, insbesondere bei der Erhebung des Neurostatus, Hinweise auf eine Symptomausweitung in Form von auffälligen Koordinationsschwierigkeiten ergeben (vgl. Fremdakten G 6.2, S. 9 f. des Gutachtens). Auch Dr. H.\_\_\_\_ hat bei der neurologischen Befunderhebung gewisse Diskrepanzen festgestellt. Der Beschwerdeführer habe im Stehen geprüft die Lendenwirbelsäule vollständig inklinieren können, bei der Lasègue-Prüfung seien aber starke



Rückenschmerzen ausgelöst worden. Bei den Gangproben hätten bei der Kraft keinerlei Einschränkungen bestanden, obwohl der Beschwerdeführer heftig mit seinem Gleichgewicht gekämpft habe. Dieses habe er allerdings auch beim Blindstrichgang problemlos halten können, obwohl er zum Teil grotesk ausfahrende Bewegungen mit den Armen vollführt und in kraftraubender Manier in die Knie gegangen sei (vgl. IV-act. 56-5). Im Weiteren hat Dr. I.\_\_\_\_ anlässlich der neuropsychologischen Testung schwer gestörte Leistungen in den durchgeführten Symptomvalidierungstests, welche zum Teil nicht verwertbar gewesen sind, ausgemacht. Auch wenn aufgrund all dieser Hinweise auf diskrepantes Verhalten eine Aggravation seitens des Beschwerdeführers möglich erscheint, so kann eine gleichzeitig vorliegende psychiatrische Erkrankung dennoch nicht ausgeschlossen werden. Auf das Gutachten von Dr. G.\_\_\_\_ vom 20. Oktober 2010 kann jedenfalls nicht abgestellt werden, da zu diesem Zeitpunkt keine abschliessende Beurteilung möglich gewesen ist. Dr. F.\_\_\_\_ hat denn auch die Bekanntgabe der Ergebnisse der gutachterlich empfohlenen neurologischen und neuropsychologischen Untersuchung an ihn und Dr. G.\_\_\_\_ angefordert, um eine abschliessende Beurteilung vornehmen zu können (vgl. Fremdakten G 6.2, S. 13 des Gutachtens). Da in der folgenden neurologischen/neuropsychologischen Begutachtung ein organisch-neurologisches Leiden überwiegend wahrscheinlich ausgeschlossen und gleichzeitig eine den Beschwerden zu Grunde liegende psychiatrische Erkrankung vermutet worden ist, wäre es seitens der Beschwerdegegnerin angezeigt gewesen, die Ergebnisse den Vorgutachtern und insbesondere Dr. G.\_\_\_\_ vorzulegen, damit dieser eine abschliessende Beurteilung aus psychiatrischer Sicht hätte vornehmen können. Der Sachverhalt erweist sich diesbezüglich als ungenügend abgeklärt. Wie im neurologischen/ neuropsychologischen Gutachten vom 20. Juli 2011 ausgeführt, erscheint sowohl hinsichtlich der kognitiven Einschränkungen als auch hinsichtlich der geklagten Schmerzen, wobei sich Hinweise auf eine somatoforme Schmerzstörung gezeigt haben, eine erneute psychiatrische Begutachtung als erforderlich (vgl. IV-act. 56-13). Die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers beantragt die Einholung eines Gutachtens bei Dr. J.\_\_\_\_ und eventualiter bei einer neutralen unabhängigen Drittstelle, jedenfalls aber nicht bei Dr. G.\_\_\_\_. Dazu ist festzuhalten, dass Dr. G.\_\_\_\_ den Beschwerdeführer fachgemäss untersucht hat und in Kenntnis der Vorakten und unter Berücksichtigung der erhobenen Befunde eine Beurteilung vorgenommen hat, welche jedoch aufgrund des festgestellten weiteren Abklärungsbedarfs nicht abschliessend



möglich gewesen ist. Ein unprofessionelles Vorgehen, wie es die Rechtsvertreterin aufwirft, ist nicht ersichtlich. Andererseits erscheint der von der Rechtsvertreterin angeführte Vorteil einer Begutachtung durch einen k.\_\_\_\_ sprechenden Psychiater wie Dr. J.\_\_\_\_ nachvollziehbar. Die Beschwerdegegnerin wird sich jedenfalls um eine einvernehmliche Gutachtenseinholung bemühen müssen (BGE 137 V 210, E. 3.4.2.6). Folglich ist die angefochtene Verfügung vom 19. Dezember 2011 aufzuheben und die Angelegenheit zur weiteren medizinischen Abklärung in Form einer psychiatrischen Begutachtung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

3.

3.1 Bezüglich der Grundlagen für einen Einkommensvergleich ist im Sinne eines obiter dictum Folgendes festzuhalten: In erwerblicher Hinsicht ist insbesondere die Validenkarriere bzw. die Bestimmung des Valideneinkommens strittig. Die Beschwerdegegnerin hat dabei auf das gemäss Angaben des Arbeitgebers mutmassliche Jahreseinkommen von 2009 abgestellt. Demgegenüber beantragt der Beschwerdeführer, das Valideneinkommen ausgehend vom Lohn im Jahr 2006 zu ermitteln, weil bereits 2007 und 2008 seine Leistungsfähigkeit gesundheitsbedingt eingeschränkt gewesen sei. Aus dem Kündigungsschreiben der D.\_\_\_\_ AG vom 23. Juni 2009 geht hervor, dass das Arbeitsverhältnis aus wirtschaftlichen Gründen per 30. September 2009 aufgelöst worden ist (vgl. IV-act. 17-8). Die Rechtsvertreterin macht demgegenüber geltend, dass die Kündigung krankheitsbedingt erfolgt sei und der Beschwerdeführer im Gesundheitsfall weiterhin bei der D.\_\_\_\_ AG tätig gewesen wäre (vgl. act. G 1). Gemäss einem Bericht der Swica vom 6. November 2009 hat der Beschwerdeführer angegeben, dass ab Januar 2009 Kurzarbeit angeordnet worden sei und er nur einen Tag pro Woche gearbeitet habe. In dieser Zeit habe er die Knieschmerzen als nicht so stark empfunden. Als sich die Wirtschaftslage im Juni 2009 gebessert habe, habe er wieder mehr arbeiten müssen, wodurch die Schmerzen belastungsbedingt massiv zugenommen hätten (vgl. Fremdakten G 6.2). Nach der Kündigung durch den Arbeitgeber am 23. Juni 2009 ist der Beschwerdeführer vom Hausarzt Dr. B.\_\_\_\_ ab dem 25. Juni 2009 und bis auf Weiteres zu 100% arbeitsunfähig geschrieben worden (vgl. Fremdakten G 6.2; Anmeldung zum Bezug von Krankentaggeldern vom 31. August 2009, vgl. IV-act. 2-3). Der zeitliche Ablauf lässt darauf schliessen, dass sich die gesundheitlichen Beeinträchtigungen des



Beschwerdeführers bereits vor der Kündigung auf die Arbeitsfähigkeit ausgewirkt haben. Dafür spricht auch die Aussage von Dr. H.\_\_\_\_, wonach gemäss dem Hausarzt die Aufhebung der Kurzarbeit kurz vor der Kündigung zu vermehrten Kniebeschwerden geführt habe (vgl. IV-act. 56-4). Gemäss der Fehlzeitübersicht des Arbeitgebers ist der Beschwerdeführer zudem bereits im Januar/Februar 2008 sowie im Mai/Oktobre 2008 längerfristig krankgeschrieben gewesen (vgl. IV-act. 17-12). Aus den Akten geht hervor, dass diese Arbeitsunfähigkeiten durch die Operation des linken Ellenbogens am 21. Januar 2008 (vgl. IV-act. 15-5) und durch die Arthroskopie des linken Kniegelenks am 25. Mai 2008 (vgl. IV-act. 15-3) bedingt waren (vgl. IV-act. 56-4). Aufgrund der bekannten Krankheitsgeschichte sowie der im Juni 2009 wieder aufgetretenen Beschwerden hat der Arbeitgeber wohl mit einer erneut bevorstehenden längerfristigen Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers gerechnet. Eine Kündigung aus wirtschaftlichen Gründen zu einem Zeitpunkt der wirtschaftlichen Verbesserung des Unternehmens und der Aufhebung der Kurzarbeit erscheint nicht plausibel. Es kann daher überwiegend wahrscheinlich davon ausgegangen werden, dass die gesundheitlichen Beeinträchtigungen zur Kündigung des Beschwerdeführers geführt haben.

3.2 Aus dem Arbeitgeberbericht der D.\_\_\_\_ AG geht hervor, dass der Beschwerdeführer ohne Gesundheitsschaden ein Jahreseinkommen von Fr. 71'235.45 erzielen würde (vgl. IV-act. 17-3). Gemäss dem IK-Auszug hat der Beschwerdeführer im Jahr 2006 Fr. 72'546.--, im 2007 Fr. 71'659.-- und im 2008 Fr. 71'315.-- verdient (vgl. IV-act. 16). Die Annahme, dass sich das Jahreseinkommen von 2006 bis 2008 krankheitsbedingt verringert hat, lässt sich nicht erhärten. Zwar geht aus der Fehlzeitübersicht hervor, dass der Beschwerdeführer im 2007 über das Jahr verteilt rund drei Wochen krankgeschrieben gewesen ist. Jedoch ist nicht davon auszugehen, dass sich dies im Vergleich zum Jahr 2006 negativ auf die Lohnhöhe ausgewirkt hat. Der Jahreslohnabrechnung von 2007 ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer Überstunden geleistet hat (vgl. IV-act. 17-9). In den Abrechnungen von 2008 und 2009 sind hingegen keine Überstunden mehr aufgeführt (vgl. IV-act. 17-10 f.). Offenbar sind aus betrieblicher Sicht auch keine Überstunden mehr notwendig gewesen, zumal der Arbeitgeber ab Januar 2009 Kurzarbeit angeordnet hat. Es ist daher auch nicht anzunehmen, dass der Beschwerdeführer im Gesundheitsfall Überstunden geleistet hätte. Für die Bestimmung des Valideneinkommens ist es somit nicht gerechtfertigt, das höchste je erzielte Jahreseinkommen von 2006 als Basis heranzuziehen. Vielmehr



ist auf die Angabe des Arbeitgebers abzustellen, wonach der Beschwerdeführer ab dem 1. April 2008 einen Lohn von Fr. 71'235.-- erhalten hat und diesen im Gesundheitsfall noch immer erhalten würde.

4.

4.1 Gestützt auf die vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 19. Dezember 2011 teilweise gutzuheissen, und die Angelegenheit zur weiteren medizinischen Abklärung im Sinne der Erwägungen und entsprechender neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

4.2 Nach Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit angemessen. Die Rückweisung zur Neubeurteilung gilt praxisgemäss als volles Obsiegen (BGE 132 V 235 E. 6). Die unterliegende Beschwerdegegnerin hat deshalb die gesamte Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen.

4.3 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Die Parteientschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b HonO (sGS 963.75) pauschal Fr. 1'000.-- bis Fr. 12'000.--. Die Rechtsvertreterin hat eine Kostennote eingereicht und einen Aufwand von Fr. 3'612.45 (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) geltend gemacht (vgl. act. G 9.1). Für einen durchschnittlichen Vertretungsaufwand, wie es die vorliegende Angelegenheit erfordert hat, wird praxisgemäss eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zugesprochen. Es sind vorliegend keine Gründe ersichtlich, weshalb von dieser pauschalen Entschädigung abgewichen werden sollte. Die Beschwerdegegnerin hat somit dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.



Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

### **entschieden:**

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 19. Dezember 2011 aufgehoben; die Sache wird zur weiteren medizinischen Abklärung im Sinne der Erwägungen und anschliessender neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.
2. Die Beschwerdegegnerin hat die Gerichtskosten von Fr. 600.-- zu bezahlen.
3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.