Publikationsplattform

St.Galler Gerichte

Fall-Nr.:	IV 2012/76
Stelle:	Versicherungsgericht
Rubrik:	IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum:	05.06.2020
Entscheiddatum:	25.06.2014

Entscheid Versicherungsgericht, 25.06.2014

Art. 87 Abs. 3 i.V.m. Abs. 2 analog, Art. 28 IVG, Art. 16 ATSG. Nachdem bei einer Neuanmeldung die Eintretenshürde einer Glaubhaftmachung der Änderung des Invaliditätsgrades gegenüber der vorangegangenen rechtskräftigen Leistungsabweisung erfüllt ist, ist das Rentengesuch im Abklärungsverfahren vollumfänglich (wie bei einer Erstanmeldung) zu prüfen. Eine analoge Anwendung von Art. 17 Abs. 1 ATSG auf das Neuanmeldeverfahren ist unrechtmässig, da beim Revisions- und Neuanmeldeverfahren keine gleich gelagerten Verhältnisse bestehen. Würdigung MEDAS-Gutachten. Einkommensvergleich. Rentenzusprache (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 25. Juni 2014, IV 2012/76).

Entscheid Versicherungsgericht, 25.06.2014

Vizepräsident Ralph Jöhl, Versicherungsrichterinnen Monika Gehrer-Hug und

Karin Huber-Studerus; Gerichtsschreiberin Nadja Francke Zubair

Entscheid vom 25. Juni 2014

in Sachen

A.___,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Adrian Fiechter, Anwalt und Beratung GmbH, Poststrasse 6, Postfach 239, 9443 Widnau,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

betreffend

Rente

Sachverhalt:

A.

A.a A.___, Jahrgang 19__, meldete sich erstmals am 14. Januar 2002 zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung (Berufsberatung und Arbeitsvermittlung) bei der IV-Stelle des Kantons St. Gallen an (IV-act. 26).

A.b Der Versicherte wurde am 30. April 2002 bidisziplinär (rheumatologisch und psychiatrisch) untersucht. Dr. med. B.___, Innere Medizin und Rheumaerkrankungen FMH, nannte in seinem Gutachten vom 2. Mai 2002 folgenden Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: Tendinitis calcarea des Supraspinatus rechts seit 3. September 2001, Status nach Akromioplastik und Kalkdepot-Needling, geringes Impingement Syndrom rechts sowie schonungsbedingte, geringe Faustkraftverminderung rechts. In der Beurteilung hielt er fest, die Schultersymptomatik des Versicherten verbiete Arbeiten, welche über Schulterhöhe ausgeführt werden müssten. In der bisherigen Tätigkeit als Bürostuhlmonteur mit der erforderlichen starken Kraftanwendung bei der Montage der Stuhlfedern und der Notwendigkeit, den 15 kg schweren Bürostuhl auf das hohe Förderband zu heben, sei der Versicherte vollständig arbeitsunfähig. Dagegen bestehe in jeder anderen normalen Tätigkeit unter Einhaltung der genannten Lasthebegrenzwerte und ohne Überkopfarbeit eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (IV-act. 22). Dr. med. C.___, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, konnte gemäss seinem Gutachten vom 6. Mai 2002 beim Versicherten keine psychopathologischen Befunde erheben. Er führte aus, der Versicherte sei trotz glaubhafter Schmerzsymptomatik willens, weiter beruflich tätig zu sein. Es sei zu keiner Zeit zu einer Schmerzausweitung

im Sinne einer Somatisierungsstörung oder einer affektiven Störung im Sinne einer Anpassungstörung oder einer depressiven Episode gekommen. Aus psychiatrischer Sicht sei der Versicherte somit weiterhin zu 100% arbeitsfähig (IV-act. 21).

A.c Mit einer Verfügung vom 22. Juli 2002 lehnte die IV-Stelle das Gesuch um berufliche Massnahmen mit Verweis auf die 100%ige Arbeitsfähigkeit des Versicherten in einer adaptierten Tätigkeit ab (IV-act. 25).

B.

B.a Am 4. Juli 2005 meldete sich der Versicherte erneut zum Leistungsbezug an (IV-act. 36). Dr. med. D.___, Orthopädische Chirurgie FMH, nannte in seinem Bericht vom 22. Juli 2005 die Diagnose einer chronisch rezidivierenden Impingement-Symptomatik der Schulter rechts sowie einer kleinen, nicht neurokompressiven Diskushernie HWK 6/7, 5/6 und 4/5 mit einem vor allem muskulär betonten Cervikalsyndrom. Für körperlich wenig belastende Tätigkeiten sei der Versicherte zu 100% arbeitsfähig (IV-act. 41).

B.b Mit einer Verfügung vom 30. September 2005 wies die IV-Stelle einen Rentenanspruch des Versicherten ab (IV-act. 52).

C.

C.a Am 10. Januar 2007 erfolgte eine weitere Anmeldung des Versicherten bei der IV-Stelle. Er gab an, unter starken Schulter- und Nackenschmerzen zu leiden (IV-act. 68).

C.b Gemäss einem Bericht der Klinik Valens vom 20. März 2007 war der Versicherte vom 28. Februar bis 13. März 2007 in stationärer Therapie. Die behandelnden Ärzte nannten als Diagnosen eine Periarthropathia humeroscapularis rechts sowie eine psychosoziale Überlagerung des Krankheitsbildes mit Symptomausweitung. Sie berichteten, dass der Versicherte in insgesamt gleich bleibendem Allgemeinzustand bei nicht beeinflussbarer Schmerzsituation trotz Ausschöpfung sämtlicher analgetischer oraler Therapiemöglichkeiten nach Hause entlassen worden sei. Der Versicherte sei aus rheumatologischer Sicht ganztags in leichter, wechselbelastender Tätigkeit zu 50% leistungsfähig (IV-act. 79).

© Kanton St.Gallen 2024

C.c Der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) der IV-Stelle führte am 20. Juli 2007 aus, dass sich aus dem Bericht der Klinik Valens kein neuer medizinischer Sachverhalt im Vergleich zu den Vorberichten ergebe. Allerdings sei die von der Klinik Valens festgestellte Arbeitsfähigkeit von lediglich 50% versicherungsmedizinisch nicht nachvollziehbar. Es sei daher weiterhin eine 100%ige Arbeitsfähigkeit des Versicherten anzunehmen (IV-act. 80).

C.d Mit einem Vorbescheid vom 15. August 2007 stellte die IV-Stelle dem Versicherten ein Nichteintreten auf das Rentenleistungsgesuch in Aussicht (IV-act. 87). Daraufhin teilte der Versicherte telefonisch mit, er wolle keine IV-Rente beantragen, sondern erwarte Unterstützung bei der Suche nach einer geeigneten Arbeitsstelle (IV-act. 88). Nach der unterschriftlichen Bestätigung des Gesuchs um Unterstützung bei der Arbeitsvermittlung (IV-act. 91) teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit einem Vorbescheid vom 10. September 2007 mit, dass auch auf das Gesuch um berufliche Massnahmen nicht eingetreten werde, da keine erhebliche Änderung des Gesundheitszustandes seit der letzten leistungsabweisenden Verfügung vom 22. Juli 2007 (gemeint wohl: 2002, IV-act. 25) glaubhaft gemacht worden sei (IV-act. 97).

C.e Der Versicherte liess gegen die Vorbescheide am 12. November 2007 einwenden, aus dem Bericht der Klinik Valens vom 20. März 2007 ergebe sich, dass er aus rheumatologischer Sicht nur noch zu 50% leistungsfähig sei. Es sei somit zu einer 50%igen Leistungseinbusse seit dem letzten Rentenentscheid gekommen, was genüge, um auf die erneuten Leistungsbegehren betreffend Rente und berufliche Massnahmen einzutreten. Erforderlich sei im Folgenden eine polydisziplinäre Begutachtung (IV-act. 111).

C.f Auf Veranlassung des RAD (IV-act. 114) wurde der Versicherte am 11. März 2008 von Dr. med. E.___, Orthopädische Chirurgie FMH, und am 24. April 2008 von Dr. med. F.___, Facharzt für Psychiatrie und Neurologie, begutachtet. Im Gutachten vom 30. April 2008 nannten die Sachverständigen als Diagnosen eine leichte Ansatzentzündung der Flexor carpi ulnaris Sehne links, eine mittelgradige depressive Episode seit März 2007 sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung seit etwa 2006. In der Beurteilung hielt Dr. E.___ in orthopädischer Hinsicht fest, dass die Schulterschmerzen rechts und die ausgeprägten abnormen Untersuchungsbefunde der rechten Schulter

© Kanton St.Gallen 2024

bei unauffälligem Arthro-MRI nicht nachvollzogen werden könnten. Die Hyposensibilität des gesamten rechten Arms könne bei radiologisch fehlender neuraler Kompression der entsprechenden Dermatome im MRI ebenfalls nicht plausibilisiert werden. Die Schmerzen und die pathologischen objektiven Befunde im linken Handgelenk seien mit der im MRI dargestellten Ansatzentzündung der Flexor carpi ulnaris Sehne vereinbar. Gemäss Dr. F.___ sei der Versicherte aus psychiatrischer Sicht auf die Schmerzsymptomatik im Bereich der rechten Schulter zunehmend fixiert. Besonders seit 2006 sei eine Ausbreitungstendenz der Beschwerden zu erkennen. Damit sei eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung anzunehmen. Diese Schmerzsymptomatik stehe offensichtlich in Verbindung mit emotionalen Konflikten und erheblichen psychosozialen Problemen. Der Versicherte habe 2007 zunehmende depressive Störungen mit einer inzwischen mittelgradigen depressiven Episode entwickelt. Diese sei gekennzeichnet durch eine depressive Verstimmung; der Versicherte fühle sich lustlos, freudlos, antriebslos, hoffnungslos, sei unruhig, ungeduldig und habe Durchschlafstörungen. Er ziehe sich zurück, sei kontaktarm und weise einen mangelnden Lebenswillen auf. Hinzu kämen ausgeprägte soziale und insbesondere finanzielle Probleme. Die Prognose sei ungünstig. Bezüglich der Arbeitsfähigkeit hielten die Gutachter fest, dass körperlich schwere Arbeiten in kalter und feuchter Umgebung, die mit häufigem Heben und Tragen von Lasten über 10 kg sowie Arbeiten über der Horizontalen verbunden seien, nicht mehr vollumfänglich zugemutet werden könnten. Die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Montagearbeiter in einer Büromöbelfabrik betrage bei voller Stundenpräsenz ca. 70% (aus somatischer Sicht). Die mittelgradige depressive Störung mit anhaltender somatoformer Schmerzstörung führe zu einer Beeinträchtigung der psychischen Belastbarkeit, so dass eine Arbeitsfähigkeit von 60% bei voller Stundenpräsenz seit März 2007 bestehe. Körperlich leichte Tätigkeiten in temperierten Räumen, welche nicht mit regelmässigem Heben und Tragen von Lasten von über 10 kg sowie Arbeiten über der Horizontalen verbunden seien, könnten aus somatischer Sicht zu 100% zugemutet werden. In psychiatrischer Hinsicht bestehe für einfache Tätigkeiten ohne erhöhte psychische Belastung, ohne erforderliche erhöhte Konzentration, ohne Zeitdruck und ohne Schicht- und Nachtarbeit eine Arbeitsfähigkeit von 80% bei voller Stundenpräsenz. Gesamthaft bestehe in der bisherigen Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 60% und in adaptierten Tätigkeiten eine solche von 80% (IV-act. 123). Der RAD hielt das Gutachten

gemäss seiner Stellungnahme vom 30. Mai 2008 für umfassend und konsistent. Die gezogenen Schlussfolgerungen seien nachvollziehbar (IV-act. 125).

C.g Mit einem Vorbescheid vom 5. Juni 2008 stellte die IV-Stelle dem Versicherten die Abweisung seines Rentengesuchs in Aussicht. Sie hielt fest, die Abklärungen hätten ergeben, dass es dem Versicherten in einer adaptierten Tätigkeit möglich sei, eine 80%ige Leistung zu erbringen. Aus dem Einkommensvergleich resultiere ein nicht rentenbegründender Invaliditätsgrad von 28% (IV-act. 128).

C.h Mit einer Verfügung vom 22. Juli 2008 wies die IV-Stelle einen Rentenanspruch des Versicherten ab (IV-act. 140).

C.i Betreffend das Gesuch des Versicherten um berufliche Massnahmen befürwortete die Eingliederungsberaterin der IV-Stelle eine berufliche Abklärung mit anschliessendem Wiedereingliederungsteil in Form eines Arbeitstrainings während sechs Monaten (IV-act. 141).

C.j Gemäss dem Abklärungsbericht "Verzahnungsprogramm" des Business House G.___ vom 6. Februar 2009 dauerte die berufliche Massnahme vom 11. August 2008 bis 6. Februar 2009. Die Verantwortlichen hielten fest, die Leistungsfähigkeit des Versicherten sei auch bei leichten Arbeiten eingeschränkt. Aufgrund der vom Versicherten geklagten Beschwerden sei das Pensum im September 2008 von 100% auf 50% reduziert worden. Eine erneute Erhöhung des Arbeitspensums sei nicht mehr möglich gewesen (IV-act. 158).

C.k Die Eingliederungsberaterin hielt im Schlussbericht vom 23. Februar 2009 fest, dem Versicherten sei es nur tageweise gelungen, die volle Präsenzzeit im Einsatzprogramm anwesend zu sein. Mit einer Anwesenheit von 50% scheine er an seine Grenzen gekommen zu sein. Mit der gezeigten Leistungsfähigkeit bestehe keine Verwertbarkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt und weitere Eingliederungsmassnahmen seien nicht erfolgsversprechend (IV-act. 159).

C.l Mit einer Mitteilung vom 2. März 2009 erklärte die IV-Stelle die Arbeitsvermittlung als abgeschlossen (IV-act. 163).

D.

© Kanton St.Gallen 2024

D.a Der Versicherte meldete sich am 9. April 2009 erneut zum Leistungsbezug an (IV-act. 172).

D.b In einem Verlaufsbericht vom 18. Juni 2009 teilte der behandelnde Arzt des Psychiatriezentrums H.___ mit, dass der Versicherte vom 26. September 2008 bis 3. April 2009 in ambulanter Behandlung gewesen sei. Das psychische Zustandsbild mit einer mittelgradigen depressiven Episode und einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung habe sich im Rahmen der Behandlung gleichbleibend gezeigt. Die Grundstimmung sei eindeutig mittelgradig depressiv gewesen. Auf die Frage der IV-Stelle, ob sich der Gesundheitszustand seit dem MEDAS-Gutachten verschlechtert habe, antwortete der behandelnde Arzt, dass der psychische Gesundheitszustand im Rahmen der ambulanten therapeutischen Sitzungen keine Veränderung im Vergleich zum Gutachten von 2008 gezeigt habe. Trotz eingehender psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung mit antidepressiver Medikation habe keine ausreichende Stabilisierung des depressiven Zustandsbildes und der chronischen Schmerzsymptomatik erreicht werden können. Auf eigenen Wunsch des Versicherten sei eine stationäre Behandlung in die Wege geleitet worden (IV-act. 174).

D.c Gemäss einem Bericht der psychiatrischen Klinik I.___ vom 15. September 2009 war der Versicherte vom 9. April bis 26. Juni 2009 sowie vom 5. August bis 4. September 2009 stationär behandelt worden. Als Diagnosen nannte der behandelnde Arzt eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung. Er hielt fest, der Versicherte sei erstmals aufgrund einer depressiven Dekompensation mit akuter Suizidalität sowie chronischem Schmerzsyndrom in die Klinik eingetreten. Die Therapie sowie die medikamentöse antidepressive Behandlung hätten sich schwierig gestaltet. Die medikamentöse Behandlung der im Vordergrund stehenden Schlafprobleme habe zu einer deutlichen Besserung geführt. Nach einer (erneuten) Verschlechterung des Zustandes sei der Versicherte zum zweiten Mal in die stationäre Behandlung gekommen. Die bisherige Tätigkeit sei dem Versicherten nicht mehr zumutbar (IV-act. 184). Auf Nachfrage der IV-Stelle hielt der behandelnde Arzt am 26. Oktober 2009 ergänzend fest, dass sich der Zustand des Versicherten im Vergleich zum Gutachten (2008) nicht zusätzlich verschlechtert habe. Ob sich die Arbeitsfähigkeit verschlechtert habe, müsse durch ein neues Gutachten geklärt werden (IV-act. 188).

© Kanton St.Gallen 2024

D.d Auf Nachfrage des RAD bezüglich des medizinischen Verlaufs seit dem Gutachten von 2008 berichtete der behandelnde Arzt des Psychiatriezentrums H.___ am 8. Dezember 2009, dass sich der Gesundheitszustand des Versicherten insofern verschlechtert habe, als es zu einer weiteren Chronifizierung der Schmerzsymptomatik und des depressiven Zustandsbildes gekommen sei. Wegen der deutlichen Verschlechterung des depressiven Zustandsbildes sei der Versicherte zwei Mal stationär in der Klinik I.___ behandelt worden. Aufgrund des psychischen Zustandsbildes leide der Versicherte unter deutlichen Konzentrationsstörungen. Die psychische Belastbarkeit und das Durchhaltevermögen seien deutlich eingeschränkt. Es bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (IV-act. 193).

D.e Am 3. Februar 2010 hielt der RAD fest, die Psychiatrische Klinik I.___ habe ausdrücklich bestätigt, dass sich der Gesundheitszustand des Versicherten gegenüber dem Gutachten nicht zusätzlich verschlechtert habe. Seitens des Psychiatriezentrums H.___ werde ohne die Nennung von neuen Diagnosen oder Gesundheitsschäden eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes aufgrund der Chronifizierung und der Schmerzsymptomatik angenommen und von einer höheren Arbeitsunfähigkeit ausgegangen. Dies sei nicht plausibel nachvollziehbar. Es entstehe der Eindruck, dass der wohlmeinende Behandler des Psychiatriezentrums H.___ den seit der nicht zu beanstandenden Begutachtung von 2008 festgestellten Gesundheitsschaden und dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit lediglich anders beurteile. Eine wesentliche Verschlechterung seit der letzten Begutachtung oder seit dem letzten stationären Aufenthalt in der Klinik I.___ (September 2009) sei nicht nachvollziehbar. Eine Chronifizierung habe bereits zum Zeitpunkt der Begutachtung und bei den Hospitalisationen vorgelegen. Zudem hätten die Behandler des Psychiatriezentrums H.___ ausschliesslich die subjektiven Schmerzangaben des Versicherten als objektiv vorliegenden Befund angenommen und damit eine Verschlechterung begründet (IV-act. 194).

D.f Mit einem Vorbescheid vom 3. März 2010 stellte die IV-Stelle dem Versicherten die Abweisung des Rentengesuchs in Aussicht (IV-act. 200).

D.g Gegen den Vorbescheid liess der Versicherte am 19. April 2010 einwenden, dass sich sein Gesundheitszustand seit der letzten medizinischen Einschätzung im Frühjahr

2008 erheblich verschlechtert habe. Somatisch habe sich die Schmerzsymptomatik insoweit vertieft, dass ihm eine Ellenverkürzungsosteotomie vorgeschlagen worden sei. Der psychische Zustand habe sich nicht nur chronifiziert, sondern auch verschlimmert, da nun eine depressive Störung mit einer schweren Episode vorliege und eine akute Suizidalität hinzugekommen sei. Er sei deswegen vom 2. Februar bis 19. März 2010 zur stationären psychiatrischen Behandlung in der Klinik I.___ gewesen. Leider habe sich sein Sohn im Frühjahr 2010 das Leben genommen, was ihn bezüglich des psychischen Heilungsprozesses enorm zurückgeworfen habe. Aktuell sei er zu 100% arbeitsunfähig (IV-act. 203). Der Rechtsvertreter liess der IV-Stelle u.a. einen Bericht der Klinik I.___ vom 19. März 2010 zukommen. Darin wurden als Diagnosen eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen und akuter Suizidalität (DD Schizodepression) sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung aufgeführt. Der behandelnde Arzt hielt fest, dass der Versicherte freiwillig aufgrund des verschlechterten psychischen Zustandsbildes zum dritten Mal zur stationären Behandlung in die Klinik eingetreten sei. Bezüglich der Suizidalität, der inneren Unruhe sowie der Halluzinationen habe der Versicherte gut stabilisiert werden können. Allerdings leide er weiterhin unter einer zunehmenden Müdigkeit. Zudem sei er durch den Suizid seines Sohnes am 7. März 2010 stark irritiert worden. Es bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (IV-act. 203-16 ff.).

D.h Der behandelnde Arzt des Psychiatriezentrums H.___ nannte im Bericht vom 19. April 2010 als Diagnosen eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome, sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren. Er führte aus, dass sich im Rahmen der seit dem 26. September 2008 durchgeführten ambulanten Behandlung eine zunehmende Verschlechterung des psychischen Zustandsbildes mit Zunahme der depressiven Symptomatik gezeigt habe. Aktuell seien die Kriterien einer schweren Episode eindeutig erfüllt. Trotz der intensiven psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung und dem intensiven Einsatz von psychopharmakologischer Medikation habe bisher keine dauerhafte Verbesserung des psychischen Befindens des Versicherten, weder bezüglich der chronischen Schmerzsymptomatik noch bezüglich der depressiven Symptomatik, erreicht werden können. Aufgrund der schweren depressiven Symptomatik sei der Versicherte im Hinblick auf die Ausdauer und das Durchhaltevermögen deutlich eingeschränkt. Es bestehe eine 100%ige

Arbeitsunfähigkeit. Die Prognose sei aufgrund des schwer chronifizierten Prozesses als sehr ungünstig zu bezeichnen (IV-act. 204).

D.i Am 1. Juni 2010 hielt der RAD fest, es sei nicht klar, ob sich der psychische Gesundheitsschaden des Versicherten nach der letzten Hospitalisation in der Klinik I.____ dauerhaft verschlechtert habe oder ob eine Remission auf das Vorniveau stattgefunden habe, wie es bei einer rezidivierenden depressiven Störung zu erwarten sei. Die Frage sei in einer polydisziplinären Begutachtung zu klären, wobei auch der somatische Zustand zu beurteilen sei (IV-act. 206).

D.j Der Versicherte wurde am 1. und 2. Februar 2011 in der MEDAS Zentralschweiz polydisziplinär begutachtet. Im entsprechenden Gutachten vom 20. April 2011 wurden folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit genannt: Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome, chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, iatrogene Benzodiazepinabhängigkeit bei gegenwärtigem Substanzgebrauch, unerwünschte Arzneinebenmittelwirkungen von verschiedenen Medikamenten bei Verdacht auf Arzneimittelinteraktionen mit begleitender Angststörung und komplizierter Trauerreaktion sowie Frozen Shoulder rechts. Der rheumatologische Gutachter Dr. med. J.___, Rheumatologie FMH, führte aus, dass bezüglich der rechten Schulter aufgrund des Untersuchungsbefundes von einer Frozen Shoulder im Sinne einer Kapselschrumpfung ausgegangen werden müsse. Sichere Zeichen für eine Impingement-Symptomatik hätten aufgrund der erheblich schmerzhaft eingeschränkten Schulterbeweglichkeit nicht geprüft werden können. Entzündliche Befunde im Bereich der Schulter seien nicht objektivierbar gewesen. Auf der Gegenseite weise der Versicherte eine leichte Tendinopathie der Supraspinatussehne ansatznahe auf. Bezüglich der rechten Schulter sei das Arthro-MRI vom 29. März 2006 entgegen der Beurteilung von Dr. E.___ nicht unauffällig und zeige eine ansatznahe Supraspinatus-Tendinopathie mit intratendinöser Partialruptur. Bezüglich des rechten Armes sei der Versicherte in der Schulterfunktion erheblich eingeschränkt. Die diffuse Schmerzausweitung auf den ganzen rechten oberen Körperquadranten inklusive diffuser Hypästhesie könne jedoch durch somatische Befunde nicht erklärt werden. Bezüglich der Handgelenksschmerzen links habe die handchirurgische Abklärung die Diagnose eines ulnocarpalen Impingements links sowie von multiplen Ganglien im Bereich des Lunatums ergeben. Es sei eine

Operationsindikation für eine Ellenverkürzungsosteotomie gestellt worden. Hinsichtlich der vom Versicherten geklagten Nackenbeschwerden bestehe ein diffuser Irritationszustand in der gesamten Halswirbelsäulepartie ohne klinische Zeichen einer Segmentinstabilität oder einer relevanten Bewegungseinschränkung und ohne Anhaltspunkt für eine zervikoradikuläre Reiz- oder Ausfallsymptomatik. Bezüglich der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Montagearbeiter bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 30%. Körperlich leichte, leidensadaptierte Tätigkeiten könnten dem Versicherten ganztags mit einer geschätzten Leistungseinschränkung von 30% zugemutet werden. Der psychiatrische Gutachter Dr. K.___, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, hielt in der Beurteilung fest, dass beim Versicherten unerwünschte Arzneimittelnebenwirkungen und Interaktionen der verschiedenen Medikamente im Vordergrund stünden, obwohl dieser Aspekt in den Akten erstaunlicherweise kaum diskutiert worden sei. Es sei nicht ausgeschlossen, dass dadurch die Depression und die Angstsymptomatik noch verstärkt würden. Dies erschwere in jedem Fall die Diagnostik, da beispielsweise die Müdigkeit und Appetitlosigkeit sowohl unerwünschte Arzneimittelnebenwirkungen als auch Teil einer psychischen Krankheit sein könnten. Die Kriterien für eine Depression seien beim Versicherten klinisch und test-psychologisch erfüllt. Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sei von einer schweren Depression auszugehen, welche die Leistungsfähigkeit in jeder Tätigkeit deutlich einschränken könne. Als Fabrikarbeiter sei die Arbeitsfähigkeit wahrscheinlich nicht mehr gegeben. In einer Verweistätigkeit, die keine besonderen Anforderungen an die psychische Belastbarkeit stelle und die keine besondere Fähigkeiten verlange, sei die Arbeitsfähigkeit, vor allem durch die Konzentrations- und Antriebsstörungen, durch die Verlangsamung sowie durch eine erhöhte Müdigkeit im Ausmass von 60% eingeschränkt. Als therapeutische Massnahme müsse eine stationäre Entzugstherapie mit stufenweisem Vorgehen durchgeführt werden. Insgesamt attestierten die Gutachter eine Arbeitsfähigkeit von 25% in der bisherigen Tätigkeit sowie von 40% in einer adaptierten Tätigkeit (IV-act. 216-34). Auf die Frage der IV-Stelle nach einer Änderung des Gesundheitsschadens seit der Begutachtung im Jahr 2008 wurde im Gutachten festgehalten, der rheumatologische Gutachter habe sowohl die Diagnosen als auch die Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit betreffend die rechte Schulter ganz anders beurteilt als damals Dr. E.___. Es könne nicht sicher gesagt werden, ob eine Verschlechterung stattgefunden habe. Seine Beurteilung beziehe sich auf den aktuellen

Zustand des Versicherten. Der psychiatrische Gutachter sei zwar zu einer quantitativ etwas anderen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit als im Vorgutachten gekommen, jedoch hätten sich die psychischen Einschränkungen seit 2008 nicht wesentlich verändert. Das jetzige Aumass der Einschränkungen habe wahrscheinlich schon 2008 bestanden. Dies sei aber extrem schwierig zu beurteilen, da aktuell auch noch eine massive Fehlbehandlung/ medikamentöse Überlagerung bestehe (IV-act. 216-35).

D.k Am 1. Juli 2011 berichtete der behandelnde Arzt der Klinik I.___, der Versicherte sei vom 3. Juni bis 1. Juli 2011 zum wiederholten Mal stationär behandelt worden. Er habe beim Eintritt eine zunehmende depressive Symptomatik, akute Suizidalität und akustische Halluzinationen gezeigt. Im Rahmen der Behandlung habe eine mässige Stabilisierung im Hinblick auf die Suizidalität und die psychotische Symptomatik erreicht werden können. Fortbestehend sei eine depressive Verstimmung mit Müdigkeit, nur minimaler Belastbarkeit und schwer zu beeinflussenden Schmerzen. Der Versicherte sei weiterhin und auf Dauer zu 100% arbeitsunfähig (IV-act. 220).

D.l Auf Nachfrage der IV-Stelle betreffend die gutachterlich beschriebenen unerwünschten Arzneimittelnebenwirkungen erklärte der behandelnde Arzt des Psychiatriezentrums H.___ am 27. Juli 2011, es seien im Rahmen der regelmässigen Konsultationen zu keinem Zeitpunkt Intoxikationserscheinungen klinisch beobachtet worden. Der Versicherte zeige durchgängig einen Sedationseffekt, welcher aufgrund der chronifizierten, wiederkehrend subaktuen bis akuten Suizidalität durchaus gewünscht sei. Dadurch sei die Gefahr einer Suizidhandlung reduziert und dem Versicherten sei die Bewältigung des Alltags möglich. Eine Reduktion der sedierenden Medikamente werde prinzipiell gewünscht, entscheidend sei jedoch das klinische Zustandsbild des Versicherten, insbesondere bezüglich Suizidalität (IV-act. 223).

D.m RAD-Arzt Dr. med. L.___, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, führte am 11. August 2011 aus, es sei aufgrund der Erklärung des Psychiatriezentrums H:___ und ungeachtet der Kritik des psychiatrischen Gutachters der MEDAS Zentralschweiz davon auszugehen, dass die Medikation beim Versicherten therapeutisch sinnvoll eingestellt sei. Damit bestätige sich auch die vom Gutachter in den Raum gestellte schwergradig ausgeprägte depressive Störung. Dafür spreche auch der erneute stationäre Aufenthalt des Versicherten in der Klinik I im 20__. Zusammengefasst lasse

sich somit eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Versicherten seit der Hospitalisation in der Klinik I.___ vom 2. Februar bis 19. März 2010 nachvollziehen. Es könne auf die Arbeitsfähigkeitsbeurteilungen gemäss dem MEDAS-Gutachten vom 20. April 2011 abgestellt werden (IV-act. 225).

D.n Am 23. September 2011 hielt der zuständige Fachmitarbeiter der IV-Stelle fest, dass sich der RAD nach Erhalt des Gutachtens vom 20. April 2011 offenbar nur noch auf die Medikamentendosis des Versicherten fixiert habe. Die entscheidende Frage, ob sich der Gesundheitszustand seit Erlass der letzten rechtskräftigen Verfügung vom 22. Juli 2008 erheblich verändert habe oder nicht, sei dabei untergegangen. Aufgrund der Angaben im MEDAS-Gutachten habe sich der Gesundheitszustand des Versicherten nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit rechtserheblich verschlimmert. Die Gutachter hätten lediglich eine unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleichen Sachverhalts vorgenommen, was keinen Revisionsgrund darstelle (IV-act. 226).

D.o Mit einem Vorbescheid vom 6. Oktober 2011 stellte die IV-Stelle dem Versicherten erneut die Abweisung seines Rentengesuchs in Aussicht (IV-act. 227).

D.p Dagegen liess der Versicherte am 11. November 2011 einwenden, sein Gesundheitszustand habe sich seit der letzten rechtskräftigen Verfügung erheblich verschlechtert. Somatisch habe sich die Schmerzsymptomatik der rechten Schulter derart vertieft, dass ihm eine Ellenverkürzungsosteotomie vorgeschlagen worden sei. Weiter habe der Rheumatologe im Gutachten vom 24. März 2011 ausgeführt, es sei gegenüber dem Gutachten von 2008 eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes im Bereich der rechten Schulter, leichtgradig der linken Schulter und des linken Handgelenks objektivierbar. Auch das psychische Krankheitsbild habe sich verschlechtert. Währenddem zum Zeitpunkt der Begutachtung im Jahr 2008 noch eine mittelgradige depressive Episode diagnostiziert worden sei, hätten sich die Beschwerden fortlaufend verstärkt. Anlässlich des stationären Aufenthalts in der Klinik I.___ vom 2. Februar bis 19. März 2010 sei neu die Diagnose einer schweren depressiven Episode mit psychischen Symptomen und akuter Suizidalität gestellt worden. Diese Diagnose sei von den behandelnden Psychiatern sowie dem psychiatrischen MEDAS-Gutachter bestätigt worden. Der Suizid seines Sohnes habe

zusätzlich zu einer zunehmenden depressiven Symptomatik geführt. Die behandelnden Psychiater hätten ihm aufgrund der neu gestellten Diagnosen übereinstimmend eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (IV-act. 230).

D.q Der Rechtsvertreter des Versicherten stellte den behandelnden Psychiatern Fragen betreffend die Entwicklung des Gesundheitszustandes des Versicherten. Der behandelnde Psychiater der Klinik I.___ teilte daraufhin am 21. November 2011 mit, dass er den Versicherten seit dem 9. April 2009 aus den stationären Behandlungen kenne. Seitdem habe sich der Gesundheitszustand des Versicherten erheblich verschlechtert. Insbesondere nach dem Suizid des Sohnes habe er eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes beobachtet. Seit der dritten stationären Behandlung vom 2. Februar bis 19. März 2010 laute die Diagnose u.a. auf rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode. Aufgrund der zunehmenden depressiven Symptomatik sei der Versicherten in jeder Tätigkeit auf Dauer zu 100% arbeitsunfähig (IV-act. 232). Der ambulant behandelnde Psychiater des Psychiatriezentrums H.___ berichtete am 30. November 2011 zu Handen des Rechtsvertreters ebenfalls von einer deutlichen Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Versicherten seit Beginn der Behandlung im September 2008 (IV-act. 234).

D.r Der intern erneut angefragte RAD-Arzt Dr. L.___ hielt am 14. Dezember 2011 fest, er habe sich bezüglich der Frage einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Versicherten in der Stellungnahmen vom 11. August 2011 bereits eindeutig und abschliessend geäussert. In den Berichten der Klinik I.___ vom 21. November 2011 und des Psychiatriezentrums H.___ vom 30. November 2011 werde nochmals der bekannte medizinische Sachverhalt dargestellt. Die ausschlaggebenden Befunde und Diagnosen seien dem aktuellen MEDAS-Gutachten und ergänzend den nachfolgenden medizinischen Nachfragen und den Untersuchungsberichten der behandelnden Ärzte zu entnehmen (IV-act. 237).

D.s Mit einer Verfügung vom 16. Januar 2012 lehnte die IV-Stelle einen Rentenanspruch des Versicherten ab. Zu den Einwänden des Versicherten hielt sie fest, dass sich mit den eingereichten Unterlagen keine rechtserhebliche Veränderung des Gesundheitszustandes

begründen liesse (IV-act. 238).

E.

E.a Gegen diese Verfügung richtet sich die vorliegende Beschwerde vom 16. Februar 2012. Der Beschwerdeführer, vertreten durch Rechtsanwalt Adrian Fiechter, beantragt die Aufhebung der Verfügung vom 16. Januar 2012 und die Zusprache einer ganzen Rente ab dem 1. April 2009. Eventualiter sei ein polydisziplinäres Gerichtsgutachten einzuholen. Subeventualiter sei die Sache zur Neubeurteilung an die Vorinstanz zurückzuweisen. Der Rechtsvertreter führt zur Begründung im Wesentlichen an, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit dem Frühjahr 2008 erheblich verschlechtert habe. Die gegenteiligen Ausführungen im MEDAS-Gutachten vom 20. April 2011 seien nicht überzeugend. Es sei vielmehr auf die Einschätzungen der behandelnden Psychiater abzustellen. Gemäss dem Gutachten von 2008 seien in psychiatrischer Hinsicht die Diagnosen einer mittelgradigen depressiven Episode sowie einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung gestellt worden. Der psychiatrische Gutachter habe bereits damals eine ungünstige Prognose gestellt. Der ambulant behandelnde Psychiater des Psychiatriezentrums H.___ habe beim Beschwerdeführer seit Behandlungsbeginn im September 2008 eine erhebliche Verschlechterung des psychischen Zustandsbildes festgestellt. Die Verschlechterung sei insbesondere nach dem Suizid des Sohnes des Beschwerdeführers eingetreten. Diese Entwicklung werde auch vom behandelnden Psychiater der Klinik I.___ bestätigt. Beide Ärzte hätten ab diesem Zeitpunkt u.a. neu eine rezidivierende depressive Störung mit einer gegenwärtig schweren depressiven Episode diagnostiziert und beide seien von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers ausgegangen. Auch der Gutachter Dr. K.___ gehe gemäss seinen Ausführungen faktisch von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers aus und bejahe eine verwertbare Restarbeitsfähigkeit nur für den Fall, dass diverse Diagnosen nicht vorlägen. Die rückwirkenden Arbeitsfähigkeitsschätzungen des Gutachters seien eher zweifelhaft, da er den Beschwerdeführer erst im Jahr 2011 erstmals untersucht habe. Sollte das Gericht entgegen der Einschätzungen der behandelnden Psychiater von einer Restarbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers ausgehen, so sei aus psychiatrischer Sicht ein neutrales psychiatrisches Gutachten einzuholen. Auch in somatischer Hinsicht habe sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers verschlechtert. Der rheumatologische Gutachter Dr. J.___ habe in seinem Gutachten vom 24. März 2011 ausdrücklich eine objektivierbare Verschlechterung gegenüber dem Gutachten von

2008 im Hinblick auf den Bereich der rechten und linken Schulter sowie des linken Handgelenks beschrieben. Währenddem dem Beschwerdeführer im Gutachten von 2008 aus orthopädischer Sicht noch eine volle Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit attestiert worden sei, liege diese gemäss Dr. J.___ neu bei 70%. Sollte das Gericht nicht zweifelsfrei von einer Verschlechterung ausgehen, so seien ein neutrales rheumatologisches sowie orthopädisches Gutachten einzuholen. Die im MEDAS-Gutachten vom 20. April 2011 beschriebene leidensadaptierte Tätigkeit sei auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nicht zu finden. Da der Beschwerdeführer weder links noch rechts in Bezug auf die Arme und Hände belastbar sei, müsste ein Arbeitgeber dem Beschwerdeführer in absolut unzumutbarer Weise entgegenkommen. Derart realitätsfremde Einsatzmöglichkeiten dürften nicht berücksichtigt werden. Beim Beschwerdeführer bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Sollte das Gericht auf die gemäss dem MEDAS-Gutachten vom 20. April 2011 attestierte 60%ige Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit abstellen, so ergebe der Einkommensvergleich mit einem Abzug vom Tabellenlohn in Höhe von 20% (aufgrund des hohen Krankheitsrisikos, der längeren Abwesenheit vom Arbeitsmarkt, der fehlenden Fachkenntnisse sowie der verminderten Arbeitsfähigkeit) einen Invaliditätsgrad von 70,99%. Somit hätte der Beschwerdeführer auch in diesem Fall Anspruch auf eine ganze Rente (act. G 1).

E.b Am 23. April 2012 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Sie hält fest, dem MEDAS-Gutachten vom 20. April 2011 sei zu entnehmen, dass beim Beschwerdeführer eine mittelschwere Depression vorliege. Zur Frage, ob sich der Gesundheitszustand seit der Begutachtung im 2008 verändert habe, äussere sich das Gutachten dahingehend, dass der psychiatrische Gutachter zwar zu einer quantitativ etwas anderen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit komme, er jedoch dargelegt habe, dass das jetzige Ausmass der Einschränkungen wahrscheinlich schon 2008 bestanden habe. Die vom Gutachter erwähnte Trauer des Beschwerdeführers über den Verlust seines Sohnes durch Suizid im März 20__ sei vor diesem Hintergrund als vorübergehende Belastungssituation zu interpretieren, die keine dauerhafte Verschlechterung des psychischen Zustands begründet habe. Daran ändere auch der Umstand nichts, dass im MEDAS-Gutachten die Diagnose schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome genannt werde, denn diese decke sich nicht mit dem dargelegten psychopathologischen Befund einer mittelgradigen depressiven Episode. Auf die Meinung der behandelnden Psychiater könne nicht abgestellt werden.

Zum Einen fielen die Beurteilungen aufgrund der Vertrauensstellung zum Patienten eher zu dessen Gunsten aus. Zum Anderen sei zu berücksichtigen, dass sich die behandelnden Psychiater nicht zu den rechtsprechungsgemäss für die Annahme einer invalidisierenden Wirkung der diagnostizierten somatoformen Schmerzstörung erforderlichen Kriterien äusserten. Die MEDAS-Gutachter hätten dem Beschwerdeführer eine 40%ige Arbeitsfähigkeit attestiert. Aus der Gesamtbeurteilung sei jedoch zu schliessen, dass sich der Gesundheitszustand sowohl in somatischer als auch psychiatrischer Hinsicht im Vergleich zum Vorgutachten nicht wesentlich geändert habe. Es handle sich demnach um eine abweichende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei einem im Wesentlichen gleich gebliebenen Gesundheitszustand, was rechtsprechungsgemäss keine revisionsbegründende Änderung darstelle (act. G 5).

E.c Mit einer Replik vom 15. Juni 2012 hält der Beschwerdeführer an seinen Beschwerdeanträgen fest. Der Rechtsvertreter führt in der Begründung aus, dass sich die Beschwerdegegnerin bei der Abweisung des Rentenanspruchs einzig auf die Stellungnahme eines nichtmedizinischen Fachmitarbeiters vom 23. September 2011 gestützt habe, welcher von einem im wesentlichen unveränderten Sachverhalt ausgegangen sei. Dieser Ansicht widerspreche die Stellungnahme des RAD vom 3. August 2011, wonach eine Verschlechterung des Gesundheitsschadens des Beschwerdeführers seit der Hospitalisation in der Klinik I.___ vom 2. Februar bis 19. März 2010 nachvollziehbar sei. Mit einer weiteren Stellungnahme vom 14. Dezember 2011 habe der RAD an seiner Einschätzung festgehalten. Somit seien sowohl der RAD als auch die MEDAS-Gutachter gemäss dem Gutachten vom 20. April 2011 zweifelsfrei der Meinung, dass beim Beschwerdeführer eine 60%ige Arbeitsunfähigkeit in jeder Tätigkeit bestehe. Dennoch habe die Beschwerdegegnerin zu Unrecht auf die als Entscheidgrundlage ungeeignete Stellungnahme des Fachmitarbeiters abgestellt. Die behandelnden Psychiater attestierten übereinstimmend eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Unter Berücksichtigung der vom Beschwerdeführer eingenommenen Medikation müsse bereits klar sein, dass dieser keiner Erwerbstätigkeit mehr nachgehen könne. Die im Gutachten der MEDAS vom 20. April 2011 gestellten Diagnosen seien weit schwerwiegender als jene, welche anlässlich der Begutachtung 2008 gestellt worden seien. Aus dieser Tatsache gehe in Übereinstimmung mit den Ausführungen des RAD hervor, dass sich der

gesundheitliche Zustand des Beschwerdeführers im Vergleich zur Referenzsituation massiv verschlechtert habe. Die Auffassung der Beschwerdegegnerin, wonach aus dem MEDAS-Gutachten vom 20. April 2011 hervorgehe, dass beim Beschwerdeführer lediglich eine mittelgradige Depression vorliege, sei falsch. Die Gutachter hätten klar ausgeführt, dass beim Beschwerdeführer für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit von einer schweren Depression auszugehen sei. Die Beschwerdegegnerin nehme ohne Fachkenntnis an, dass der Suizid des Sohnes nur zu einer "vorübergehenden Belastungssituation" geführt habe. Dies widerspreche den fachärztlichen Beurteilungen der behandelnden Psychiater, welche aufgrund des Suizids des Sohnes von einer massiven Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers ausgingen (act. G 10).

E.d Die Beschwerdegegnerin verzichtet auf die Einreichung einer Duplik (act. G 13).

Erwägungen:

1.

1.1 Ist eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrads verweigert bzw. ein Rentengesuch abgewiesen worden, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen des Eintretens auf ein Rentenrevisionsgesuch (analog) erfüllt sind, d.h. wenn mit der Neuanmeldung glaubhaft gemacht wird, dass eine anspruchserhebliche Änderung des Invaliditätsgrads eingetreten ist (Art. 87 Abs. 3 i.V.m. Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). Gelingt es nicht, eine anspruchserhebliche Veränderung des Invaliditätsgrads glaubhaft zu machen, erlässt die IV-Stelle eine Nichteintretensverfügung. Entgegen dem Wortlaut der genannten Verordnungbestimmung ist nicht direkt eine Veränderung des Invaliditätsgrads glaubhaft zu machen. Es genügt, wenn eine Veränderung eines für die Invaliditätsbemessung relevanten Sachverhaltselements (i.d.R. des Arbeitsfähigkeitsgrads) glaubhaft gemacht wird und daraus eine leistungsrelevante Veränderung des Invaliditätsgrads resultieren kann. Das Glaubhaftmachen stellt niedrigere Beweisanforderungen als der im Sozialversicherungsrecht im Allgemeinen massgebende Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit. Es genügt, dass für den geltend gemachten rechtserheblichen Sachumstand wenigstens gewisse

Anhaltspunkte bestehen, auch wenn durchaus noch mit der Möglichkeit zu rechnen ist, bei eingehender Abklärung werde sich die behauptete Sachverhaltsänderung (bzw. Sachlage) nicht erstellen lassen (Urteil des Bundesgerichts vom 8. Juli 2011, 9C_263/11).

1.2 Bei der letzten rechtskräftigen Abweisung des Rentengesuchs hat die Beschwerdegegnerin sich auf die von den Gutachtern Dres. E.___ und F.___ attestierte 80%ige Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit gestützt. Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers ist gemäss dem Gutachten vom 30. April 2008 psychiatrisch mit einer vorliegenden mittelgradigen depressiven Episode sowie einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung begründet worden (vgl. IV-act. 123-9). Im Rahmen der Neuanmeldung des Beschwerdeführers vom 9. April 2009 hat der behandelnde Arzt des Psychiatriezentrums H.___ am 8. Dezember 2009 berichtet, dass es beim Beschwerdeführer zu einer weiteren Chronifizierung der Schmerzsymptomatik und des depressiven Zustandsbildes gekommen sei und dass eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vorliege (vgl. IV-act. 193). Ob eine Verschlechterung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Chronifizierung des psychischen Krankheitsbildes des Beschwerdeführers als glaubhaft betrachtet werden kann, muss vorliegend nicht entschieden werden. Spätestens mit dem Bericht der Klinik I.___ vom 19. März 2010, worin der behandelnde Arzt u.a. neu die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen und akuter Suizidalität, genannt hat und von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen ist (vgl. IV-act. 203-16 ff.), ist eine Änderung des Invaliditätsgrades des Beschwerdeführers glaubhaft gemacht worden. Die Beschwerdegegnerin ist daher zu Recht auf die Neuanmeldung eingetreten.

1.3 Die Beschwerdegegnerin hat die vorliegend angefochtene Abweisung des Rentengesuchs damit begründet, dass die vom Beschwerdeführer glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades tatsächlich nicht eingetreten sei und es sich bei den abweichenden ärztlichen Einschätzungen lediglich um andere Beurteilungen des im Wesentlichen gleichen Sachverhalts handle. Die Beschwerdegegnerin hat damit den Prüfungsumfang des Rentenanspruchs analog einem Rentenrevisionsverfahrens auf erhebliche Änderungen des massgebenden Sachverhalts beschränkt. Dies kann aus verschiedenen Gründen nicht überzeugen. Sinn der Eintretenshürde bei einer

© Kanton St.Gallen 2024

Neuanmeldung gemäss Art. 87 Abs. 3 i.V.m. Abs. 2 IVV (Glaubhaftmachung einer Änderung des Invaliditätsgrades seit der vorausgegangenen rechtskräftigen Abweisung eines Rentengesuchs) ist zu verhindern, dass sich die lautenden und nicht näher begründeten Rentengesuchen befassen muss (Urteil des Bundesgerichts vom 28. Februar 2011, 9C_820/10, E. 2.2). Dem Wortlaut der Verordnungsbestimmung lässt sich jedoch nicht entnehmen, dass die Voraussetzung einer erheblichen Sachverhaltsänderung auch während dem materiell-rechtlichen Abklärungsverfahren massgebend sein soll. Sinn des Verfahrensrechts kann es jedenfalls nicht sein, bestehende Rentenansprüche von versicherten Personen zu übergehen.

1.4 Klar abzugrenzen von der Eintretensfrage ist der Prüfungsumfang im anschliessenden materiell-rechtlichen Abklärungsverfahren. Gemäss bundesgerichtlicher Praxis soll Art. 17 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) betreffend Abklärungs- und Prüfungspflichten entsprechend dem Revisionsverfahren analog auch beim Neuanmeldeverfahren Anwendung finden. Gemäss Bundesgericht legen es die in der Sache bestehenden Gemeinsamkeiten der Neuanmeldung und der Rentenrevision nahe, die entscheidende Frage nach der anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades in sämtlichen Konstellationen – sei es im Rahmen der Eintretensfrage nach Art. 87 Abs. 3 IVV oder im Rahmen der materiellen Anspruchsbeurteilung – nach denselben Grundsätzen zu prüfen (BGE 133 V 108 E. 5.2; so auch BGE 117 V 198 E. 3a). Dieser Rechtsprechung kann nicht gefolgt werden. Die Revisionsbestimmung des Art. 17 ATSG regelt, ihrem klaren Wortlaut gemäss, nur die Anpassung einer laufenden, d.h. früher rechtskräftig zugesprochenen Invalidenrente an eine nachträgliche, gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG erhebliche Veränderung des Invaliditätsgrades. Da der Beschwerdeführer keine IV-Rente bezieht, kann also auch kein Anwendungsfall von Art. 17 Abs. 1 ATSG vorliegen. Eine analoge Anwendung von Art. 17 Abs. 1 ATSG entsprechend dem Revisionsverfahren kommt nicht in Betracht, da entgegen der Ansicht des Bundesgerichts keine gleich gelagerten Verhältnisse zwischen einem Revisions- und einem Neuanmeldeverfahren vorliegen. Währenddem es beim Revisionsverfahren um eine Anpassung einer laufenden Leistung geht, ist im Vorfeld der Neuanmeldung eben keine Leistung zugesprochen worden. Da Art. 17 ATSG sich ausdrücklich auf eine zugesprochene Leistung als Ausgangspunkt bezieht, kann diese Bestimmung nicht analog auf das Neuanmeldeverfahren angewendet werden. Im

Übrigen würde es zu einer unrechtmässigen Ungleichbehandlung führen, wenn eine versicherte Person mit einem Leistungsanspruch im Rahmen einer Erstanmeldung eine Rente erhielte, eine Person in der gleichen Lage bei einer Neuanmeldung ihren bestehenden Leistungsanspruch aber nicht geltend machen könnte. Aus diesen Gründen ist bei einer Neuanmeldung – nach Erfüllung der Eintretensvoraussetzung – eine umfassende Rentenanspruchsprüfung (wie bei einer Erstanmeldung) vorzunehmen und zu beurteilen, ob aktuell ein leistungsbegründender Sachverhalt gegeben ist (vgl. auch Urteil des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 28. Oktober 2010, IV 2010/121, E. 4).

2.

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

2.2 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 medzinischen 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).

3.

3.1 Zu klären ist nun die Frage, ob die medizinische Aktenlage eine rechtsgenügliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers erlaubt. Rechtsgenüglich ist die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit, wenn sie aufgrund der vorliegenden medizinischen Akten mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ermittelt werden kann.

3.2 Die Beschwerdegegnerin hat sich auf die im Gutachten vom 30. April 2008 attestierte 80%ige Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers gestützt. Sie hat vorgebracht, dass sich der Gesundheitszustand seitdem nicht verschlechtert habe und die nachfolgenden höheren Arbeitsunfähigkeitsschätzungen der behandelnden Ärzte sowie der MEDAS-Gutachter daher nicht nachvollziehbar seien. Zu betonen ist, dass sämtliche folgende Ausführungen, welche einen Vergleich des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers zwischen der Begutachtung 2008 und jener von 2011 ziehen, nur dazu dienen, die Beweiskraft der aktuellen medizinischen Aktenlage zu beurteilen. Es geht nicht darum, eine rechtserhebliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers nachzuweisen, denn dies ist wie bereits gesagt nicht erforderlich, um einen allfällig bestehenden Rentenanspruch zu begründen (vgl. E. 1.4). Wenn von einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes die Rede ist, ist dies folglich in einem rein medizinischen und nicht rechtlichen Sinn zu verstehen.

3.3 In somatischer Hinsicht hat Dr. E.___ im Gutachten vom 30. April 2008 als Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine leichte Ansatzentzündung der Flexor carpi ulnaris Sehne links angegeben. Er hat festgehalten, dass sich mit diesem im MRI

ersichtlichen Befund die Schmerzen im linken Handgelenk erklären liessen. Dagegen seien die Schulterschmerzen rechts sowie die Hyposensibilität des gesamten rechten Arms objektiv nicht nachvollziehbar. In der bisherigen Tätigkeit als Montagearbeiter in einer Büromöbelfabrik bestehe eine 70%ige Arbeitsfähigkeit. In körperlich leichten, leidensadaptierten Tätigkeiten sei der Beschwerdeführer zu 100% arbeitsfähig.
Dr. J.___ hat im Gutachten vom 20. April 2011 folgende Diagnosen genannt: Frozen Shoulder rechts sowie Athralgie radiokarpal links. In der Beurteilung hat er ausgeführt, dass aufgrund des Untersuchungsbefundes von einer Frozen Shoulder rechts im Sinne einer Kapselschrumpfung ausgegangen werden müsse. Auf der linken Seite weise der Beschwerdeführer eine leichte Tendinopathie der Supraspinatussehne ansatznahe auf, was wahrscheinlich auf eine Überlastung infolge Mehrgebrauchs bei Schonung der rechten, dominanten oberen Extremität zurückzuführen sei. Bezüglich der rechten Schulter zeige das Arthro-MRI vom 29. März 2006 – entgegen der Beurteilung von Dr. E.___ – eine ansatznahe Supraspinatus Tendinopathie mit intratendiöser Partialruptur und vorbestehend ein als Impingementfaktor geltender Akromion-Typ II/III nach Bigliani mit nach kaudal gerichteter osteophytärer Ausziehung. Seitens des rechten Armes sei der Beschwerdeführer erheblich eingeschränkt (vgl. IV-act. 216-30). Abweichend von der Beurteilung durch Dr. E.___ hat Dr. J.___ somit die Schulterschmerzen rechts als objektiv erklärbar angesehen. Diese Einschätzung erscheint aufgrund der erhobenen Befunde und seinen Ausführungen als nachvollziehbar. Unter Berücksichtigung der zum Zeitpunkt der Begutachtung objektivierbaren Schulter- und Handgelenksbeschwerden hat Dr. J.___ die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in der bisherigen Tätigkeit als Montagearbeiter auf 30% festgelegt. In einer adaptierten Tätigkeit ist er von einer 70%igen Arbeitsfähigkeit ausgegangen. Wie Dr. J.___ im Gutachten selbst erklärt hat, hat er den somatischen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers, insbesondere in Bezug auf die rechte Schulter, ganz anders beurteilt als Dr. E.___ im Jahr 2008 (vgl. IV-act. 216-35). Die Beurteilung von Dr. J.___ erscheint umfassend und ist nachvollziehbar begründet. Die Arbeitsfähigkeitsschätzung, bei welcher er im Gegensatz zu Dr. E.___ nebst den Handgelenksbeschwerden auch die objektiverbaren Schultberbeschwerden mitberücksichtigt hat, ist nachvollziehbar und überzeugend. In somatischer Hinsicht ist daher auf die Einschätzung von Dr. J.___, wonach der Beschwerdeführer in einer adaptierten Tätigkeit zu 70% arbeitsfähig ist, abzustellen.

3.4 Aus den Akten ergibt sich, dass der Beschwerdeführer seit ca. 2007 insbesondere aus psychischen Gründen in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist. Damit ist der psychische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers vorliegend massgeblich für die Beurteilung seiner Arbeitsfähigkeit.

3.5 Im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung am 22. April 2008 hat Dr. F.___ eine mittelgradige depressive Episode, bestehend seit März 2007, sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, bestehend seit 2006, diagnostiziert. In seinem Teilgutachten vom 24. April 2008 hat er ausgeführt, der Beschwerdefgrund der Schmerzsymptomatik in Verbindung mit emotionalen Konflikten und erheblichen psychosozialen Problemen seit 2007 zunehmende depressive Störungen mit einer inzwischen mittelgradigen depressiven Episode entwickelt. Diese sei gekennzeichnet durch depressive Verstimmungen, Lustlostörungen, Antriebslosigkeit, psychomotorischer Unruhe, Hoffnungslosigkeit, Schlafstörungen mit Durchschlafstörungen, mangelndem Lebenswillen und zunehmender Fixierung auf die Beschwerdesymptomatik. Zusammen mit der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung führe die depressive Störung zu einer Beeinträchtigung der psychischen Belastbarkeit. Die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit liege bei 60%. In einer den psychischen Leiden angepassten Tätigkeit sei der Beschwerdeführer zu 80% arbeitsfähig (vgl. IV-act. 124-6 ff.). Im Dezember 2009 hat der ambulant behandelnde Arzt des Psychiatriezentrums H.___ dem Beschwerdeführer bei unveränderten Diagnosen eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert. Er hat berichtet, der Gesundheitszustand habe sich insofern verschlechtert, als dass es zu einer weiteren Chronifizierung der Schmerzsymptomatik und des depressiven Zustandsbildes gekommen sei. Wegen der deutlichen Verschlechterung sei der Versicherte zweimal stationär in der Klinik I.___ behandelt worden (vgl. IV-act. 193). Diese Einschätzung steht jedoch im Wiederspruch zur Aussage des behandelnden Arztes der Klinik I.___ vom 26. Oktober 2009, wonach sich der Zustand des Beschwerdeführers im Vergleich zum Gutachten von 2008 nicht zusätzlich verschlechtert hat. Seitens der Klinik I.___ ist keine Arbeitsfähigkeitsschätzung für eine adaptierte Tätigkeit angegeben worden (vgl. IV-act. 188). Vor dem Hintergrund, dass die behandelnden Ärzte von einem stationären Gesundheitszustand mit einer mittelgradigen depressiven Episode und einer anhaltend somatoformen Schmerzstörung ausgegangen sind, sowie dass sich auch die Befunde – bis auf die

beim zweiten Eintritt in die Klinik I.___ vorübergehend vorhandende akute Suizidalität – gegenüber der Begutachtung von 2008 im Wesentlichen nicht verschlechtert haben, ist die vom ambulant behandelnden Arzt mit einer weiteren Chronifizierung des Zustandsbildes begründete 100%ige Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers nicht nachvollziehbar. Gemäss der Stellungnahme des RAD vom 3. Februar 2010 ist das psychische Zustandsbild des Beschwerdeführers bereits im Zeitpunkt der Begutachtung im 2008 chronifiziert gewesen (vgl. IV-act. 194). Tatsächlich hat Dr. F.___ den Beginn der mittelgradigen depressiven Episode gemäss seinem Gutachten auf etwa März 2007 festgelegt und ist seitdem von einem konstanten Zustandsbild ausgegangen (vgl. IV-act. 124-7). Inwiefern eine weitere Chronifizierung der psychischen Erkrankungen erfolgt sein soll, ist nicht ersichtlich. Eine gegenüber dem Gutachten von 2008 verschlechterte Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers lässt sich objektiv nicht begründen. Daher hat nach der Begutachtung von 2008 überwiegend wahrscheinlich zunächst weiterhin eine aus psychiatrischer Sicht 80%ige Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer adaptierten Tätigkeit bestanden.

3.6 Aus dem Bericht der Klinik I.___ vom 19. März 2010 geht aber hervor, dass neu die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen und akuter Suizidalität, diagnostiziert worden ist. Der behandelnde Arzt hat festgehalten, dass der Beschwerdeführer aufgrund des verschlechterten psychischen Zustandsbildes bereits zum dritten Mal zu einer stationären Behandlung in der Klinik gewesen sei. Bezüglich der Suizidalität, der inneren Unruhe sowie der Halluzinationen habe der Beschwerdeführer gut stabilisiert werden können. Allerdings leide er weiter unter einer zunehmenden Müdigkeit. Durch den Suizid seines Sohnes am 7. März 2010 sei der Beschwerdeführer stark irritiert worden (vgl. IV-act. 203-19). Auch der ambulant behandelnde Arzt des Psychiatriezentrums H.___ ist gemäss seinem Bericht vom 19. April 2010 u.a. von einer gegenwärtig schweren depressiven Episode ausgegangen. Er hat ausgeführt, dass sich das psychische Zustandsbild des Beschwerdeführers im Rahmen der seit dem 26. September 2008 durchgeführten ambulanten Behandlung zunehmend verschlechtert habe. Die depressive Symptomatik habe derart zugenommen, dass aktuell die Kriterien einer schweren depressiven Episode eindeutig erfüllt seien. Es bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit und die Prognose sei aufgrund des schwer chronifizierten Prozesses als sehr ungünstig zu bezeichnen (vgl. IV-act. 204-4). Zur Klärung der Frage, ob sich

der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit dem letzten Aufenthalt in der Klinik I.___ dauerhaft verschlechtert hat, hat der RAD erneut eine polydisziplinäre Begutachtung veranlasst (vgl. IV-act. 206).

3.7 In seinem Fachgutachten vom 7. Februar 2011 hat der psychiatrische Gutachter Dr. K.___ als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome, eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, eine iatrogene Benzodiazepinabhängigkeit sowie unerwünschte Arzneimittelwirkungen von verschiedenen Medikamenten bei Verdacht auf Arzneimittelinteraktionen genannt. In der Beurteilung hat er ausgeführt, dass im Vordergrund des aktuellen klinischen Bildes die unerwünschten Arzneimittelwirkungen und Interaktionen der verschiedenen Medikamente stünden (vgl. IV-act. 216-47). Bezüglich der depressiven Störung hat der Gutachter entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin nicht eine mittelgradige, sondern eine schwere depressive Episode angenommen. Zwar hat er festgehalten, dass die Ergebnisse der psychologischen Tests unter Ausserachtlassung der durch die Schmerzen erklärbaren Symptome einer mittelgradigen Depression entsprächen, jedoch geht aus seinen Ausführungen auch hervor, dass für die Diagnosestellung sowie für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit die klinische Untersuchung, welche eine schwere Depression ergeben habe, entscheidend sei (vgl. IV-act. 216-48 unten, IV-act. 216-51). Zum Verlauf der depressiven Störung hat Dr. K.___ ausgeführt, es sei aufgrund der Akten anzunehmen, dass die Depression wie von Dr. F.___ angegeben etwa im März 2007 begonnen habe, trotz ambulanter und stationärer Behandlung nicht wesentlich gebessert und sich nach dem Suizid des Sohnes im März 2010 verschlechtert habe. Die vom Beschwerdeführer auch subjektiv wahrgenommene Verschlechterung seit dem Tod des Sohnes sei gut verständlich. Der Verlust eines Kindes brauche einen Trauerprozess, der aber durch die vorbestehende Depression erschwert und verkompliziert werde. Eine blockierte Trauer sei zwar keine Depression, aber könne eine vorbestehende Depression verstärken. Der bevorstehende schwierige und langwierige Trauerprozess dürfte beim Beschwerdeführer noch zusätzlich durch Selbstvorwürfe und Schuldgefühle erschwert sein. Aus diesem Grund sei es schwierig eine Prognose zu stellen, ab wann wieder eine Aufhellung der Depression möglich sei, wenigstens auf das Ausmass wie vor dem Suizid des Sohnes (vgl. IV-act. 216-49). Gemäss diesen Ausführungen von Dr. K.___ ist davon auszugehen, dass er Beschwerdeführer seit dem Suizid seines Sohnes im März 2010

an einer schweren depressiven Episode leidet, wobei der Zeitpunkt einer allfälligen Verbesserung des Zustands nicht absehbar ist. Aufgrund der unerwünschten Arzneimittelwirkungen hat der Gutachter insbesondere eine Optimierung der medikamentösen Behandlung empfohlen, worin er auch eine Möglichkeit zur Verbesserung des Zustandsbildes gesehen hat (vgl. IV-act. 216-53 f.). Auf Nachfrage der Beschwerdegegnerin hat der behandelnde Arzt des Psychiatriezentrums H.___ die gutachterliche Diagnose von unerwünschten Arzneimittelnebenwirkungen nicht bestätigen können. Er hat am 27. Juli 2011 erklärt, es seien im Rahmen der regelmässigen Konsultationen klinisch zu keinem Zeitpunkt Intoxikationserscheinungen beobachtet worden. Der Beschwerdeführer zeige durchgängig einen Sedationseffekt, welcher aufgrund der chronifizierten, wiederkehrend subakten bis akuten Suizidalität durchaus gewünscht sei. Es werde prinzipiell eine Reduktion der sedierenden Medikamente angestrebt, entscheidend sei jedoch das klinische Zustandsbild des Beschwerdeführers (vgl. IV-act. 223). Aus dieser Erklärung hat RAD-Arzt Dr. L.___ geschlossen, dass die Medikation beim Beschwerdeführer therapeutisch sinnvoll eingestellt sei. Damit bestätige sich auch die vom Gutachter in den Raum gestellte Diagnose einer schwergradig ausgeprägten depressiven Störung. Dr. L.___ hat eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers seit der Hospitalisation in der Klinik I.___ im Februar/März 2010 sowie die Arbeitsfähigkeitsschätzung von Dr. K.___ als nachvollziehbar erachtet (vgl. IV-act. 225). Dass – entsprechend den Angaben des ambulant behandelnden Arztes – eine Reduktion der Medikation aufgrund des Zustandsbildes des Beschwerdeführers nicht möglich gewesen ist, ergibt sich auch daraus, dass der Beschwerdeführer wegen zunehmender depressiver Symptomatik und erneuter akuter Suizidalität vom 3. Juni bis 1. Juli 2011 zum wiederholten Mal stationär in der Klinik I.___ hat behandelt werden müssen (vgl. IV-act. 220). Entsprechend der Einschätzung von RAD-Arzt Dr. L.___ hat zu diesem Zeitpunkt überwiegend wahrscheinlich kein verbesserungsfähiger Zustand vorgelegen, womit davon auszugehen ist, dass weiterhin die gutachterlich gestellte Diagnose einer schweren depressiven Episode vorgelegen hat.

3.8 Die Beschwerdegegnerin hat zwar anerkannt, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers nach dem Suizid seines Sohnes im März 2010 verschlechtert hat, hat jedoch argumentiert, dass diese Verschlechterung nur als "vorübergehende Belastungssituation" zu interpretieren sei, welche keine dauerhafte Verschlechterung

des psychischen Zustandsbildes begründet habe. Sie hat sich dabei auf eine Aussage im Gutachten vom 20. April 2011 gestützt. Auf die Frage der Beschwerdegegnerin, ob sich der psychische Gesundheitsschaden seit der Begutachtung von 2008 verändert habe, ist im Gutachten festgehalten worden, Dr. K.___ sei zwar zu einer quantitativ etwas anderen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit gekommen, habe aber dargelegt, dass sich die psychischen Einschränkungen seit 2008 nicht wesentlich verändert hätten. Er gehe davon aus, dass das jetzige Ausmass der Einschränkungen wahrscheinlich schon 2008 bestanden habe. Dies sei aber extrem schwierig zu beurteilen und aktuell bestehe auch eine massive Fehlbehandlung/medikamentöse Überlagerung (vgl. IV-act. 216-35). Aus dieser Erklärung hat die Beschwerdegegnerin geschlossen, dass die depressive Störung des Beschwerdeführers im Zeitpunkt der Begutachtung durch Dr. K.___ wieder auf eine mittelgradige depressive Episode remittiert hat, womit der gleiche Gesundheitszustand vorgelegen haben soll wie anlässlich der Begutachtung von Dr. F.___ im Jahr 2008. Die Aussage im Gutachten vom 20. April 2011 kann auf zwei Arten verstanden werden. Einerseits dahingehend, dass bereits 2008 eine schwere depressive Episode vorgelegen hat, oder andererseits dahingehend, dass anlässlich der aktuellen Begutachtung wie bereits 2008 nur eine mittelgradige depressive Episode bestanden hat. Beide Interpretationen widersprechen den Ausführungen im psychiatrischen Fachgutachten vom 7. Februar 2011, worin Dr. K.___ nachvollziehbar eine Verschlechterung der depressiven Störung ab März 2010 beschrieben hat, welche sich auch noch im Zeitpunkt der Begutachtung im Februar 2011 in Form einer schweren depressiven Episode gezeigt hat. Es ist daher davon auszugehen, dass sich der Gesundheitszustand des Versicherten derart entwickelt hat, dass von ca. März 2007 bis ca. März 2010 eine mittelgradige depressive Episode bestanden hat, welche sich ab März 2010 zu einer andauernden schweren depressiven Episode verschlechtert hat. Auf die Aussage im Gutachten vom 20. April 2011, wonach anlässlich der Begutachtungen 2008 und 2011 der im Wesentlichen gleiche psychische Gesundheitszustand vorgelegen haben soll, kann somit nicht abgestellt werden. Aus psychiatrischer Sicht massgebend sind die persönlichen Ausführungen von Dr. K.___ in seinem Fachgutachten vom 7. Februar 2011.

3.9 Auf Nachfrage des Rechtsvertreters haben die behandelnden Psychiater am 21. und 30. November 2011 u.a. nochmals die Diagnose einer schweren depressiven Episode bestätigt. Weiter haben beide Ärzte ausgeführt, dass sich der psychische Ge-

sundheitszustand des Beschwerdeführers insbesondere nach dem Suizid des Sohnes im März 2010 verschlechtert habe (vgl. IV-act. 232-2, 234-2). Aufgrund dieser Berichte ist anzunehmen, dass auch Ende 2011 noch keine Verbesserung des psychischen Zustandsbildes des Beschwerdeführers eingetreten ist. Somit ist für den Zeitraum von März 2010 bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 16. Januar 2012 von einem unveränderten Gesundheitszustand des Beschwerdeführers mit einer schwergradigen depressiven Episode auszugehen.

3.10 Bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers hat Dr. K.___ die Auswirkungen der unerwünschten Arzneimittelnebenwirkungen, der schwergradigen depressiven Episode sowie – nach einer Prüfung der Försterkriterien – der chronischen Schmerzstörung berücksichtigt. Er hat festgehalten, in einer adaptierten Tätigkeit, welche keine besonderen Anforderungen an die psychische Belastbarkeit stelle oder besondere Fähigkeiten verlange, sei die Arbeitsfähigkeit zu etwa 60% eingeschränkt. Die Einschränkung ergebe sich vor allem durch die Konzentrations- und Antriebsstörungen, die Verlangsamung und die erhöhte Müdigkeit (vgl. IV-act. 216-52). Im Vergleich zum Vorgutachten von Dr. F.___, welcher bei einer mittelgradigen depressiven Episode eine 20%ige Arbeitsunfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit angenommen hatte, erscheint die höhere Arbeitsunfähigkeitsschätzung von Dr. K.___ aufgrund der deutlichen Verschlechterung der depressiven Störung überzeugend. Zu der Einschätzung der behandelnden Ärzte, wonach der Beschwerdeführer zu 100% arbeitsunfähig sei, hat Dr. K.___ zu Recht auf den Umstand hingewiesen, dass ein behandelnder Arzt aufgrund seiner therapeutischen Funktion eher zugunsten seines Patienten aussage (vgl. IV-act. 216-52 f., BGE 125 V 352 E. 3c). Zudem sind die vorliegenden Beurteilungen der Arbeitsfähigkeit seitens der behandelnden Ärzte im Vergleich zur Beurteilung von Dr. K.___ wenig differenziert. So hat der ambulant behandelnde Arzt des Psychiatriezentrums H.___ beispielsweise bereits im Dezember 2009, d.h. als beim Beschwerdeführer noch eine mittelgradige depressive Episode bestanden hatte, eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (vgl. IV-act. 193). Weiter haben die behandelnden Ärzte ihre Arbeitsfähigkeitsschätzungen jeweils gar nicht oder nur knapp begründet, haben keine Unterscheidung zwischen der bisherigen und einer adaptierten Tätigkeit vorgenommen und sind bei ihren Einschätzungen auch nicht auf die bei einer vorliegenden Schmerzstörung zu prüfenden Försterkriterien eingegangen (vgl. IV-act. 203-17, 204-4, 220-2, 232-2, und 234-2). Vor diesem Hintergrund ist auf

die ausführlich und nachvollziehbar begründete Arbeitsfähigkeitsschätzung von Dr. K.___ abzustellen. Aus psychiatrischer Sicht ist somit von März 2010 bis zum vorliegend zu berücksichtigenden Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung am 16. Januar 2012 von einer 40%igen Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer adaptierten Tätigkeit auszugehen.

4.

4.1 Vor der Prüfung eines Rentenanspruchs des Beschwerdeführers ist im Sinne des Grundsatzes "Eingliederung vor Rente" zu prüfen, ob die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers durch berufliche oder medizinische Eingliederungsmassnahmen verbessert werden kann (vgl. Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2. Aufl., Vorbemerkungen Rn 47).

4.2 Im Gutachten vom 20. April 2011 ist festgehalten worden, dass berufliche Massnahmen zurzeit entfielen, da der Beschwerdeführer aktuell nur zu 40% arbeitsfähig sei. Es bestehe aber eine Besserungsoption (vgl. IV-act. 216-35). Damit ist die von Dr. K.___ empfohlene medizinische Massnahme in Form der Medikationsanpassung des Beschwerdeführers gemeint. Wie bereits ausgeführt, ist eine Reduktion der Medikamente aufgrund des andauernden Zustandsbildes des Beschwerdeführers mit einer schweren depressiven Episode und wiederkehrender Suizidalität nicht möglich gewesen (vgl. E. 3.7). Somit hat weiterhin eine lediglich 40%ige Arbeitsfähigkeit bestanden. Angesichts dieser niedrigen Arbeitsfähigkeit sowie des bereits fortgeschrittenen Alters des Beschwerdeführers (Jahrgang 195_) ist nicht davon auszugehen, dass arbeitsfähigkeits- bzw. invaliditätsrelevante Eingliederungsmassnahmen durchführbar wären, geschweige denn zu einer Verbesserung der Arbeitsfähigkeit führen könnten.

5.

5.1 Im Folgenden ist nun zu prüfen, ob und ab wann der Beschwerdeführer die

Voraussetzungen für einen Rentenanspruch erfüllt.

5.2 Nach dem hier anwendbaren altrechtlichen Art. 29 Abs. 1 lit. b IVG entsteht ein Rentenanspruch frühestens in dem Zeitpunkt, in dem die versicherte Person während

eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40% arbeitsunfähig gewesen ist. Im Rahmen des Art. 29 Abs. 1 IVG nicht anwendbar ist nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts der Grundsatz, dass bei langdauernder Arbeitsunfähigkeit im angestammten Beruf – oder sobald klar wird, dass die Wiederaufnahme der bisher ausgeübten Tätigkeit nicht mehr in Frage kommt – nach Ablauf einer gewissen Übergangsfrist auch zumutbare Tätigkeiten in einem anderen Beruf zu berücksichtigen sind. Bei der Anwendung dieser Bestimmung ist ausschliesslich die Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit zu betrachten (Entscheid des EGV vom 23. Oktober 2003, I 392/02; vgl. BGE 130 V 99 E. 3.2, bereits unter Hinweis auf den künftigen Art. 6 ATSG). Die einjährige Wartezeit gilt als eröffnet, sobald eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 20% vorliegt (AHI 1998 S. 124 E. 3c). Auch vor der Anmeldung liegende Zeiten von Arbeitsunfähigkeit sind zu berücksichtigen (ZAK 1966 S. 58; BGE 117 V 26 E. 3b; BGE 121 V 264; Entscheid des EGV vom 2. März 2000, I 307/99).

5.3 Gemäss dem Gutachten vom 30. April 2008, worauf vorliegend abzustellen ist, hat beim Beschwerdeführer seit dem 1. März 2007 eine 40%-ige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Montagearbeiter in einer Büromöbelfabrik vorgelegen (vgl. IV-act. 123-7). Das Wartejahr hat demnach erstmals am 1. März 2008 ablaufen können. Nebst der durchschnittlichen Arbeitsunfähigkeit während des Wartejahres ist für einen Rentenanspruch erforderlich, dass anschliessend eine rentenbegründende Invalidität vorliegt. Gemäss dem Gutachten vom 30. April 2008 ist der Beschwerdeführer bei Ablauf dieses Jahres zu 80% in einer leidensangepassten Tätigkeit arbeitsfähig gewesen. Der von der Beschwerdegegnerin für diesen Zeitpunkt vorgenommene Einkommensvergleich hat keine rentenbegründende Erwerbsunfähigkeit ergeben (vgl. IV-act. 134-1). Daher ist das Rentengesuch mit der Verfügung vom 22. Juli 2008 abgelehnt worden (vgl. IV-act. 148). Gestützt auf das Gutachten vom 30. April 2008 und den im Wesentlichen unveränderten Gesundheitszustand des Beschwerdeführers ist die Beschwerdegegnerin bis März 2010 zu Recht weiterhin von einer 80%-igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit ausgegangen. Ab März 2010 hat sich der psychische Gesundheitszustand und damit auch die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers jedoch dauerhaft (bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung) verschlechtert. Ab März 2010 ist von der im Gutachten vom 20. April 2011 attestierten 40%igen Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer adaptierten Tätigkeit

auszugehen. Für diesen Zeitpunkt ist im Folgenden der Invaliditätsgrad des Beschwerdeführers anhand eines Einkommensvergleichs zu berechnen.

5.4 Betreffend die Bestimmung des Valideneinkommens wird in der Regel am zuletzt erzielten Einkommen angeknüpft, da davon auszugehen ist, dass die versicherte Person ohne den Eintritt der Arbeitsunfähigkeit die bisherige Tätigkeit weitergeführt hätte (BGE 134 V 322 E. 4.1). Gemäss den Arbeitgeberberichten der M.___ AG vom 24. Januar 2002 und vom 25. August 2005 ist der Beschwerdeführer vom 1. Dezember 1993 bis zum 31. Dezember 2002 mit einem vollen Pensum als Monteur tätig gewesen (vgl. IV-act. 14, 47). Der Arbeitgeber hat für das Jahr 2002 einen Monatslohn von Fr. 4'225.-- (zuzüglich einem 13. Monatslohn) angegeben (vgl. IV-act. 14-2), was einem Jahreseinkommen von Fr. 54'925.-- entspricht. Massgebend für die Bestimmung der Vergleichseinkommen ist grundsätzlich das Lohnniveau jenes Jahres, in dem der Rentenanspruch theoretisch frühestens entstehen würde, d.h. vorliegend das Lohnniveau des Jahres 2010. Unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung von 2002 bis 2012 (vgl. Lohnentwicklung 2012, Bundesamtes für Statistik, Tabelle 39 "Entwicklung der Nominallöhne, der Konsumentenpreise und der Reallöhne", Veränderung gegenüber dem Vorjahr: 2003: 1,3%, 2004: 0,9%, 2005: 0,9%, 2006: 1,1%, 2007: 1,6%, 2008: 2,2%, 2009: 2,1% und 2010: 0,7%) beträgt das Valideneinkommen im Jahr 2010 rund Fr. 61'138.--.

5.5 Der Beschwerdeführer ist nach Eintritt des Gesundheitsschadens nicht mehr arbeitstätig gewesen (der letzte effektive Arbeitstag bei der M.___ AG war am 31. August 2001, vgl. IV-act. 47-1). Aus diesem Grund ist zur Bestimmung des Invalideneinkommens auf die statistischen durchschnittlichen Löhne gemäss den Lohnstrukturerhebungen (LSE) des Bundesamtes für Statistik zurückzugreifen. Der Beschwerdeführer hat keine Berufsausbildung absolviert und ist daher als Hilfsarbeiter zu betrachten. Entsprechend dem Valideneinkommen ist auch für das Invalideneinkommen auf die Zahlen des Jahres 2010 abzustellen. Gemäss den LSE von 2010 haben Männer im tiefsten Anforderungsniveau bei einer betriebsüblichen wöchentlichen Arbeitszeit von 41,6 Stunden durchschnittlich ein Jahreseinkommen von Fr. 61'414.-- erzielt (vgl. Anhang 2 [Lohnentwicklung] zu der von der Informationsstelle AHV/IV herausgegebenen Gesetzestextausgabe 2012, Invalidenversicherung). Im Vergleich zum Valideneinkommen zeigt sich, dass der Beschwerdeführer in seiner

Montagetätigkeit bei der M.___ AG leicht unterdurchschnittlich verdient hat. Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist jedoch bei einer Differenz der Vergleichseinkommen von unter 5% keine Korrektur in Form einer Parallelisierung vorzunehmen (vgl. BGE 135 V 297 E. 6.1.2 und E. 6.1.3). Da die Abweichung zwischen den Vergleichseinkommen vorliegend unter 5% liegt, ist sie somit nicht zu berücksichtigen. Ausgehend von der medizinisch-theoretischen 40%igen Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers ergibt sich als Basis ein vorläufiges Invalideneinkommen von Fr. 24'565.60 (Fr. 61'414.-- x 0.4).

5.5.1 Die für die Bestimmung des Invalideneinkommens herangezogenen statistischen Löhne können gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung um bis zu 25% gekürzt werden, wenn absehbare Schwierigkeiten bei der erwerblichen Umsetzung des verbliebenen Leistungsvermögens bestehen bzw. damit einhergehende Verminderungen des zu erwartenden Entgelts bei der Anwendung des genannten Tabellenlohns bestehen. Mit dem Tabellenlohnabzug wird namentlich berücksichtigt, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitskräften lohnmässig benachteiligt sind und deshalb mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Sodann wird damit dem Umstand Rechnung getragen, dass weitere persönliche und berufliche Merkmale wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben (BGE 129 V 472 E. 4.2.3).

5.5.2 Der Beschwerdeführer hat gegenüber gesunden Hilfsarbeitern zunächst einen Nachteil aufgrund seines psychischen Gesundheitszustandes, denn bei depressiven Arbeitnehmern besteht ein grosses Risiko überproportionaler Krankheitsabsenzen. Hinzu kommt, dass mit kurzfristigen Leistungsschwankungen zu rechnen ist, was die Einsatzplanung erschwert. Depressive Personen benötigen zudem eine grössere Rücksichtnahme seitens der Vorgesetzten und der Arbeitskollegen. Der Beschwerdeführer hat somit aufgrund seiner psychischen Beeinträchtigung mit Lohnnachteilen zu rechnen. Unter dem Titel Beschäftigungsgrad wird praxisgemäss bei Männern, welche aus gesundheitlichen Gründen nur noch teilzeitlich erwerbstätig sein können, ein Abzug vom Tabellenlohn vorgenommen. Da der Beschwerdeführer in einer leidensadaptierten Tätigkeit nur noch zu 40% arbeitsfähig ist, ist ihm der sog.

© Kanton St.Gallen 2024

Teilzeitabzug vom Tabellenlohn zu gewähren. Als weiteres Merkmal ist schliesslich das fortgeschrittene Alter des Beschwerdeführers als ein sich auf den Lohn auswirkenden Nachteil zu berücksichtigen. Die Beschwerdegegnerin hat beim Einkommensvergleich von 2008 einen Tabellenlohnabzug von 10% vorgenommen (vgl. IV-act. 134). Vor dem Hintergrund, dass sich der psychische Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers seit 2010 verschlechtert haben, ist auch eine Erhöhung des Tabellenlohnabzuges gegenüber 2008 angezeigt. Die genannten Umstände rechtfertigen einen Abzug vom Tabellenlohn in Höhe von 20%.

5.6 Unter Berücksichtigung des Tabellenlohnabzugs von 20% beläuft sich das zumutbare Invalideneinkommen auf Fr. 19'652.50 (Fr. 61'414.-- x 0.4 - 20%). Stellt man dieses dem Valideneinkommen von Fr. 61'138.-- gegenüber, so resultiert eine Erwerbseinbusse von Fr. 41'485.60, was einem Invaliditätsgrad von rund 68% entspricht.

5.7 Damit hat im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns, am 1. März 2010, eine rentenbegründende Erwerbsunfähigkeit vorgelegen. Mit einem Invaliditätsgrad von 68% hat der Beschwerdeführer gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG grundsätzlich Anspruch auf eine Dreiviertelsrente. Bei der Einstufung der zu gewährenden Rente ist jedoch auch die Arbeitsunfähigkeit während des Wartejahres zu berücksichtigen. Eine Dreiviertelsrente kann nur zugesprochen werden, wenn die durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit während des Wartejahres mindestens 60% betragen hat (vgl. Kreisschreiben über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung [KSIH], Stand 1. Januar 2014, Rn 4002). Vorliegend war der Beschwerdeführer vom 1. März 2009 bis 1. März 2010 in der angestammten Tätigkeit durchgehend nur zu 40% arbeitsunfähig. Somit kann er per 1. März 2010 zunächst nur einen Anspruch auf ein Viertelsrente begründen (Art. 28 Abs. 2 IVG). Gemäss Art. 88a Abs. 2 IVV ist eine Verschlechterung der Erwerbsfähigkeit zu berücksichtigen, sobald sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate gedauert hat. Die seit dem 1. März 2010 bestehende Erwerbsunfähigkeit des Beschwerdeführers mit einem IV-Grad von 68% führt demnach nach drei Monaten, d.h. per 1. Juni 2010, zu einer Erhöhung des Leistungsanspruchs auf eine Dreiviertelsrente (vgl. KSIH, Rn 4008, 4009). Zu prüfen bleibt, ob der Beschwerdeführer bereits vor Ablauf dieser Dreimonatsfrist Anspruch auf eine höhere Rente hat. Dies würde in Betracht kommen, wenn die durchschnittliche

© Kanton St.Gallen 2024

Arbeitsunfähigkeit während des Wartejahres bereits vor Ablauf der drei Monate einen Durchschnitt von mindestens 60% erreichte (KSIH, Rn 4011). Gemäss dem Gutachten vom 20. April 2011 beträgt die Arbeitsunfähigkeit in der für das Wartejahr massgeblichen bisherigen Tätigkeit 75%. Diese Arbeitsunfähigkeit hat Dr. J.___ mit den objektivierbaren somatischen Leiden des Beschwerdeführers begründet (vgl. IV-act. 216-43). Den Beginn der 75%igen Arbeitsunfähigkeit hat der Gutachter erst auf den Zeitpunkt der Untersuchung, d.h. auf den 14. März 2011, festgelegt (IV-act. 216-44). Folglich hat die Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit auch während der dreimonatigen Anpassungsfrist von März bis Mai 2010 lediglich 40% betragen, weshalb eine vorzeitige Erhöhung der Rente nicht möglich ist.

5.8 Zusammengefasst hat der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Viertelsrente mit Wirkung ab 1. März 2010 und Anspruch auf eine Dreiviertelsrente mit Wirkung ab 1. Juni 2010. Die angefochtene Verfügung vom 16. Januar 2012 erweist sich demnach als rechtswidrig.

6.

6.1 Nach dem Gesagten ist die angefochtene Verfügung vom 16. Januar 2012 in teilweiser Gutheissung der Beschwerde aufzuheben und dem Beschwerdeführer ist mit Wirkung ab 1. März 2010 eine Viertelsrente und ab 1. Juni 2010 eine Dreiviertelsrente zuzusprechen. Der Beschwerdeführer hat die Zusprache einer höheren Rente als die nun zuerkannte Viertels- bzw. Dreiviertelsrente beantragt. Da die quantitative "Überklagung" den Prozessaufwand nicht beeinflusst hat, ist nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung bezüglich der Auferlegung von Gerichts- und Parteikosten von einem vollen Obsiegen des Beschwerdeführers auszugehen (Urteil des Bundesgerichts vom 17. Januar 2013, 9C_995/2012, mit Hinweisen).

6.2 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1bis IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Die unterliegende Beschwerdegegnerin hat die Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen.

© Kanton St.Gallen 2024

6.3 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 (Art. 61 lit. g ATSG). 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.--. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat eine Honorarnote in Höhe von Fr. 6'514.55 (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) eingereicht (vgl. act. G 14). Für einen Rentenfall mit einem durchschnittlichen Vertretungsaufwand wird praxisgemäss eine pauschale Parteientschädigung von durchschnittlich Fr. 3'500.-- zugesprochen. Vorliegend ist aufgrund der umfangreichen medizinischen Akten mit mehreren polydisziplinären Gutachten von einem überdurchschnittlichen Vertretungsaufwand auszugehen, welcher eine Erhöhung des durchschnittlichen Pauschalhonorars um Fr. 500.-- rechtfertigt. Eine höhere Entschädigung erscheint mit Blick auf vergleichbare Fälle nicht angemessen. Die Beschwerdegegnerin hat somit dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung in Höhe von Fr. 4'000.-- (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 16. Januar 2012 aufgehoben.

2. Dem Beschwerdeführer wird mit Wirkung ab 1. März 2010 eine Viertelsrente und mit Wirkung ab 1. Juni 2010 eine Dreiviertelsrente zugesprochen; die Sache wird zur Festsetzung der Rentenhöhe an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.

3. Die Beschwerdegegnerin hat die Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen.

4. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 4'000.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

© Kanton St.Gallen 2024