



**Fall-Nr.:** IV 2013/11  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 12.05.2020  
**Entscheiddatum:** 21.01.2015

### **Entscheid Versicherungsgericht, 21.01.2015**

**Art. 8 ATSG, Würdigung medizinischer Gutachten. Auf die im Wesentlichen übereinstimmende Einschätzung zweier unabhängiger Gutachter ist abzustellen. Die Einschätzung eines vom Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hinzugezogenen Psychiaters vermag die gutachterliche Einschätzung nicht in Zweifel zu ziehen (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 21. Januar 2015, IV 2013/11).**

Vizepräsident Ralph Jöhl, Versicherungsrichterinnen Monika Gehrler-Hug und Karin Huber-Studerus; Gerichtsschreiberin Evelyn Heiniger

#### **Entscheid vom 21. Januar 2015**

in Sachen

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

**Beschwerdeführer,**

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Eliano Mussato, Bellevuestrasse 1b, Postfach, 9401 Rorschach,

gegen

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

**Beschwerdegegnerin,**

betreffend



### Rente

#### Sachverhalt:

A.

A.a A.\_\_\_\_ meldete sich im November 2009 zum Bezug von Leistungen bei der IV-Stelle (IV-act. 1). Er gab an, an einem chronischen Schwindel mit Gehstörung und einem Tinnitus links zu leiden. Er habe chronische Schmerzen bei einer Gonarthrose links und leide an einer orthostatistischen Hypotonie. Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Oto-Rhynolaryngologie FMH, hielt in einem Bericht vom 18. Mai 2010 fest, der Versicherte leide gemäss der neuro-otologischen Untersuchung an einer dekompensierten peripherzentralen vestibulären Funktionsstörung mit visuo-vestibulärer Integrationsstörung. Bisherige therapeutische Bemühungen und medikamentöse Therapie seien erfolglos geblieben. Anhand der neuro-otometrischen Befunde und dem subjektiven Beschwerdebild des Versicherten bestehe ein Schwindel Handicap Index von 70%. Anfang Dezember 2009 sei mit einem visuo-vestibulären Habituations- und Adaptionstraining mit Re-Balance Therapie begonnen worden. Es zeige sich ein sehr instabiler Kompensationszustand innerhalb des vestibulären Systems mit entsprechend nur vorübergehender Besserung dieser Beschwerden (IV-act. 30).

A.b Am 13. Oktober 2010 ordnete die IV-Stelle eine medizinische Abklärung an (IV-act. 37). Der Versicherte wurde am 25. Oktober 2010 im Kantonsspital St. Gallen durch Dr. med. C.\_\_\_\_, leitender Arzt der Abteilung für Gehör-, Sprach- und Stimmheilkunde mit Kinderaudiologie, untersucht. Das Gutachten datiert vom 9. Dezember 2010 (IV-act. 42). Seine aktuellen Beschwerden habe der Versicherte wie folgt beschrieben: Er habe seit Sommer 2008, wenn er auf der Strasse unterwegs sei, den Eindruck, dass Häuser und Bäume umkippten und der Asphalt aufreisse. Er habe das Gefühl, es fliege etwas auf ihn zu. Beim Sprechen verspüre er ein Vibrieren im ganzen Kopf. Es bestehe ein Geräusch im linken Ohr, das aber nur mässig störe. Sein Sprachverständnis sei gut. Wegen seines Schwindels fahre er nur noch selten Auto. Velofahren sei nicht mehr möglich. Dr. C.\_\_\_\_ hielt fest, die ohrmikroskopische Untersuchung habe beidseits einen Normalbefund gezeigt. Die orientierende Überprüfung der Hirnnervenfunktion habe keine Besonderheiten gezeigt. Ein Vestibularisausfall, der zwei Jahre zurück liege,



mache in aller Regel in dieser Altersgruppe nur wenige Beschwerden. Es sei offenbar in diesen zwei Jahren nicht zu einer Besserung gekommen und die Prognose sei als ungünstig einzuschätzen. Er könne aber die geäusserten Beschwerden nicht einordnen, da sie völlig untypisch für einen Status nach Vestibularisausfall seien. Er denke bei den Angaben eher an eine Angststörung und empfehle daher eine psychiatrische Abklärung. Alle Tätigkeiten mit hohen Anforderungen an das Gleichgewichtsorgan sollten vermieden werden; insbesondere sollte der Versicherte nicht auf Gerüsten arbeiten.

A.c Der Regionale Ärztliche Dienst Ostschweiz (RAD) hielt eine neurologisch-psychiatrische Begutachtung für angezeigt (IV-act. 43). Diese wurde am 26. Januar 2011 angeordnet (IV-act. 44) und am 22. Februar 2011 durchgeführt (IV-act. 54). Der Versicherte wurde durch Dr. med. D.\_\_\_\_, Arzt für Neurologie und Psychiatrie, untersucht. Dieser berichtete in seinem Gutachten, der Versicherte habe angegeben, die Ärzte hätten nichts gefunden und trotz der Einnahme von Tabletten sei alles gleich geblieben. Wenn er ruhig sitze, sei er beschwerdefrei, aber wenn er laufe, störe es ihn. Wenn er spreche, höre er seine eigene Stimme sehr laut, er verspüre eine Vibration im Kopf und müsse erbrechen. Er leide auch an 5-6 Tagen im Monat an Kopfschmerzen. Der Gutachter hielt fest, als somatischer Beschwerdekern lasse sich die vestibuläre Minderfunktion mit residualem otogenem Schwindel (H 93.9) festhalten. Eine zuverlässige Seitenlokalisation sei aber in der aktuellen Untersuchung nicht mehr gelungen. Eine in der klinischen Untersuchung fassbare Beeinträchtigung der Gleichgewichtsfunktionen lasse sich nicht feststellen. Überwiegend aus vom Gutachter erhobenen Beobachtungen resultiere die Diagnose einer Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion (F 43.2). Nach dem klinischen Eindruck und den diagnostischen Skalen lasse sich ein mindestens leichtgradiges, eher aber mittelgradig ausgeprägtes depressives Syndrom feststellen. Bezeichnenderweise erreiche der Versicherte bei der schwerpunktmässig auf Eigenangaben fundierenden Hamiltonskala keine signifikanten Punktwerte im Sinne einer Depression, sehr wohl aber in den schwerpunktmässig auf äusseren Fremdbeobachtung durch den Untersucher basierenden Skalen. In dieser Hinsicht könne noch nicht von einem stabilen Gesundheitszustand gesprochen werden. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit könnte eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung zu einer fähigkeitsrelevanten Besserung führen. Aus der vestibulären Minderfunktion resultiere keine Arbeitsunfähigkeit. Aus den Störungen



## St.Galler Gerichte

aus dem psychiatrischen Fachgebiet resultiere nach Abzug der zumutbaren Willensanspannung eine quantitativ geringgradige Beeinträchtigung (IV-act. 54-11):

"Arbeitsfähigkeit angestammt (Gastwirt): Arbeitsfähigkeit 65%

Arbeitsfähigkeit angestammt (Arbeiter in einfachen Anlerntätigkeiten): Arbeitsfähigkeit 70%

Arbeitsfähigkeit angepasst (einfache Anlerntätigkeit, kein Lärm, kein vermehrter Kontakt mit Menschen, keine erhöhte Anforderung an den Gleichgewichtssinn: Arbeitsfähigkeit 80%"

A.d Gestützt auf diese Einschätzung kündigte die IV-Stelle mit Vorbescheid vom 9. Juni 2011 an, dass sie das Rentengesuch des Versicherten bei einem Invaliditätsgrad von 16% abweisen werde (IV-act. 61).

B.

B.a Dagegen liess der Versicherte durch seinen Rechtsvertreter am 15. August 2011 einwenden, das Gutachten von Dr. D.\_\_\_\_ sei nicht schlüssig und die Begutachtung sei daher bei einem neutralen Gutachter zu wiederholen (IV-act. 66). Der Rechtsvertreter legte einen Arztbericht von Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 27. Juli 2011 bei, worin dieser dem Versicherten ein mittelgradig depressives Zustandsbild mit Angststörung (ICD-10: F32.11) attestiert hatte (IV-act. 66-5). Trotz vielen Abklärungen habe es keine Besserung der Symptomatik gegeben. Aus dieser Ohnmacht und auch der Angst, die Symptomatik könne sich verschlimmern, habe sich eine depressives Zustandsbild mit Insuffizienzgefühlen entwickelt, das sich auf einem mittelgradigen Niveau eingependelt habe. Dieser Verlauf könne diagnostisch als eine Persönlichkeitsänderung angesehen werden. Trotz antidepressiver Medikation habe sich das Zustandsbild nicht gebessert. Der Versicherte nehme Deanxit und psychotherapeutisch könne man nicht mehr viel erreichen. Aus seiner Sicht sei der Versicherte daher mindestens zu 70% arbeitsunfähig. Es wäre aber sicher sinnvoll, ihm eine Tagesstruktur in einem geschützten Rahmen von ca. 50% zu ermöglichen. Auf dem freien Arbeitsmarkt sei der Versicherte nicht mehr einsetzbar.



B.b Der RAD erachtete im September 2011 eine weitere psychiatrische Begutachtung als angezeigt (IV-act. 67). Der Versicherte wurde am 23. Februar 2012 durch Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, untersucht (IV-act. 71). Dr. F.\_\_\_\_ hielt fest, die Grundstimmung sei leicht bedrückt gewesen. Die affektive Modulationsfähigkeit sei nicht eingeschränkt gewesen und der Antrieb habe kaum vermindert gewirkt. Es hätten Hinweise auf eine leicht verminderte Stress- und Frustrationstoleranz bestanden. Die Motivation für eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung sei bei allenfalls leicht eingeschränkter Krankheitseinsicht eindeutig ablehnend gewesen (IV-act. 71-10). Bei der aktuellen Untersuchung habe eine leichte bis allenfalls zeitweilig mittelgradige depressive Symptomatik mit Stimmungsschwankungen, geringer Antriebsminderung, leichter Selbstwertminderung, Schlafstörungen, intermittierend auftretenden körperbezogenen Ängsten und Zukunftsängsten bei persönlichkeitsstrukturellen Auffälligkeiten aufgrund akzentuierter Persönlichkeitszüge mit histrionischen Anteilen vorgelegen. Eine isolierte Angststörung habe nicht bestätigt werden können, die Ängste seien definitionsgemäss unter die depressive Störung zu subsumieren (IV-act. 71-12). Die festgestellten eher leichten psychischen Symptome erschienen aus gutachterlicher Sicht einer Therapie zugänglich. Der Versicherte habe die verordneten Medikamente gegen den Schwindel und die Gleichgewichtsstörungen, nach eigenen Angaben wegen der Magenbeschwerden, schon seit mehreren Monaten abgesetzt. Aufgrund der somatisch nur zum Teil zu erklärenden Beschwerden sei aus psychiatrischer Sicht eine undifferenzierte Somatisierungsstörung zu diagnostizieren. Die leichte bis mittelgradig depressive Episode im Rahmen der depressiven Störung sei bisher noch nie adäquat behandelt worden. Eine Besserungstendenz sei bei konsequenter Durchführung einer adäquaten Behandlung aber anzunehmen. Anhand der geschilderten Befunde sei dem Versicherten die Aufwendung der zumutbaren Willensanstrengung möglich, seine somatoformen Beschwerden zu überwinden und wieder in den Arbeitsprozess einzusteigen. Der Versicherte habe auch gute Ressourcen gezeigt. Er lese sehr viel, unternehme täglich Spaziergänge, treffe sich regelmässig mit Kollegen, koche täglich und nehme auch weitere Aktivitäten wie Einkaufen war. Daneben lägen diverse IV-fremde Faktoren vor (subjektives Krankheitskonzept, Migrationshintergrund, erschwerte Bedingungen auf dem Arbeitsmarkt nach langer Selbständigkeit, nach der mehrjährigen Arbeitslosigkeit eingetretene Dekonditionierung in Bezug auf die



berufliche Tätigkeit, Renten- und Versorgungswunsch, familiäre Probleme), die nicht in die Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit mit einbezogen werden dürften (IV-act. 71-12f.). Im Vergleich zum Gutachten von Dr. D.\_\_\_\_ stelle sich die psychiatrische Symptomatik als im Wesentlichen unverändert dar. Bei inzwischen mehrjährigem Verlauf könne aber die Diagnose einer Anpassungsstörung nicht mehr gestellt werden und es müsse definitionsgemäss eine Umcodierung erfolgen. Aus rein psychiatrischer Sicht bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von ca. 20-30%. Da die qualifizierenden Kriterien nach Foerster nicht vorlägen, sei von einer Arbeitsunfähigkeit von 0% auszugehen. Aus rein psychiatrischer Sicht habe nie eine Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit von mehr als ca. 20-30% bestanden und der Versicherte habe auch selbst nie eine Behandlung etwaiger psychischer Beschwerden für erforderlich gehalten. Ideal angepasste Tätigkeiten seien einfache, angelernte Hilfstätigkeiten, die keine besonderen Anforderungen an die Stress- und Frustrationstoleranz oder an die sozialen Kompetenzen stellten. Tätigkeiten im handwerklichen Bereich, im Bürobereich oder im Gastgewerbe seien als ideal adaptierte Tätigkeiten anzusehen und seien in der freien Wirtschaft realisierbar (IV-act. 71-15). Zur Einschätzung von Dr. E.\_\_\_\_ ergebe sich nur teilweise eine Übereinstimmung. Die Verdachtsdiagnose einer Persönlichkeitsänderung lasse sich nicht bestätigen. Da nie ein adäquater Behandlungsversuch gemacht worden sei, könne nicht davon gesprochen werden, dass psychotherapeutisch nicht mehr viel erreicht werden könne. Denaxit sei ein veraltetes Medikament und nach aktuellen Behandlungsempfehlungen keine adäquate Behandlungsoption mehr. Dr. E.\_\_\_\_ habe sich sehr stark auf die Angaben des Versicherten gestützt und die multiplen psychosozialen Belastungsfaktoren, die er als Gutachter auszuklammern habe, in seine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit mit einbezogen. Dies erkläre die abweichende Einschätzung (IV-act. 71-16).

B.c Am 27. Juni 2012 reichte der Rechtsvertreter des Versicherten eine Stellungnahme von Dr. E.\_\_\_\_ ein (IV-act. 78, 79). Dieser hielt fest, es sei naiv zu glauben, dass nach all den Jahren die durch den Gutachter vorgeschlagene Therapie die plötzliche grosse Verbesserung mit plötzlicher Arbeitsfähigkeit bringen sollte. Er sei nach wie vor der Ansicht, dass eine Persönlichkeitsänderung vorliege. Die ICD-10 Kriterien dazu seien erfüllt. Eine Persönlichkeitsänderung zeige sich darin, dass sich das depressive Zustandsbild chronifiziert habe und auf die Persönlichkeitsebene übergegangen sei.



## St.Galler Gerichte

Bereits anhand der Jahre, die vorbeigegangen seien, müsse von dieser Entwicklung ausgegangen werden (IV-act. 79-3).

B.d RAD-Arzt Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt dazu in einer internen Stellungnahme vom 27. August 2012 fest, Dr. E.\_\_\_\_ habe eine Persönlichkeitsänderung diagnostiziert, die Codierung dazu aber offen gelassen. Er habe offen gelassen, um welchen Subtypus es sich handle und er habe seine Diagnose nicht sauber begründet. Persönlichkeitsänderungen würden jeweils nach einer Belastung katastrophalen Ausmasses oder einer traumatischen Erfahrung auftreten. Dr. E.\_\_\_\_ habe nicht beschrieben, wodurch diese Persönlichkeitsstörung eingetreten sein solle. Seine Stellungnahme sei nicht geeignet, die Gutachten von Dr. D.\_\_\_\_ und Dr. F.\_\_\_\_ in Zweifel zu ziehen (IV-act. 80).

B.e Die IV-Stelle bat Dr. F.\_\_\_\_ am 27. September 2012, zur Einschätzung von Dr. E.\_\_\_\_ Stellung zu nehmen (IV-act. 84). Dr. F.\_\_\_\_ hielt dazu fest, die für eine Persönlichkeitsänderung vorausgesetzten Kriterien hätten beim Versicherten nicht festgestellt werden können. Eine Persönlichkeitsänderung werde nach einer katastrophalen oder extrem anhaltenden Belastung oder nach einer schweren psychischen Krankheit, die auf einer traumatischen Erfahrung beruhe, diagnostiziert. Seiner Ansicht nach bestehe kein mittelgradig depressives Zustandsbild. Der Versicherte sollte sich im Rahmen seiner Schadenminderungspflicht einer adäquaten psychiatrischen Behandlung unterziehen, die ihm eindeutig zumutbar sei (IV-act. 85).

B.f Am 16. November 2012 verfügte die IV-Stelle bei einem Invaliditätsgrad von 16% die Abweisung des Rentengesuchs des Versicherten (IV-act. 87).

C.

C.a Dagegen liess der Versicherte am 7. Januar 2013 Beschwerde erheben und beantragen, die Verfügung sei aufzuheben und es sei ihm eine ganze Rente zuzusprechen (act. G 1). Zu Begründung führte der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers an, die Einschätzung von Dr. F.\_\_\_\_, dass das Leiden des Beschwerdeführers therapiert werden könne, sei unzutreffend. Beim vorliegenden depressiven Zustandsbild könne eine Therapie nicht anschlagen. Am 7. April 2013 ergänzte er seine Beschwerde mit einem



## St.Galler Gerichte

Arztbericht von Dr. E.\_\_\_\_ (act. G 8, G 8.1). Die Psychiater seien je zu verschiedenen Diagnosen gelangt. Es könne nun aber auf keine dieser Diagnosen abgestellt werden. Daher sei ein Obergutachten erstellen zu lassen.

C.b Mit Beschwerdeantwort vom 6. Mai 2013 beantragte die Beschwerdegegnerin, die Beschwerde sei abzuweisen. Es lägen zwei Gutachten vor, die beide unabhängig voneinander keine Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht attestierten. Darauf sei abzustellen. Dr. E.\_\_\_\_ habe keine objektiv feststellbaren Gesichtspunkte vorgebracht, die eine abweichende Beurteilung zu begründen vermöchten.

### Erwägungen:

1.

1.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG), das heisst der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach ärztlicher Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (zumutbares Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen; Art. 16 ATSG).

1.2 Gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) haben Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können, Anspruch auf eine Rente (lit. a), wenn sie während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid sind (lit. c). Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40%



besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60% auf eine Dreiviertelsrente und ab einem Invaliditätsgrad von mindestens 70% auf eine ganze Invalidenrente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

1.3 Für die Bemessung des Invaliditätsgrades sind die zuständige Behörde und später das Gericht auf von den Ärzten zur Verfügung zu stellende Unterlagen angewiesen. Aufgabe der Ärzte ist es denn auch, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten der Versicherte arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261, E. 4 mit weiteren Hinweisen). Im Rahmen der freien Beweiswürdigung dürfen sich Verwaltung und Gericht weder über die medizinischen Tatsachenfeststellungen hinwegsetzen, noch sind die ärztlichen Einschätzungen zur Arbeitsfähigkeit unbesehen ihrer sozialversicherungsrechtlichen Tragweite zu übernehmen. Die rechtsanwendende Behörde hat sorgfältig zu prüfen, ob die ärztliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit auch invaliditätsfremde Gesichtspunkte (insbesondere psychosoziale und soziokulturelle Belastungsfaktoren) mitberücksichtigt, welche vom sozialversicherungsrechtlichen Standpunkt aus, unbeachtlich sind (BGE 130 V 356, E. 2.2.5).

1.4 Nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung können psychische Beeinträchtigungen der Gesundheit in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 8 ATSG (Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, SR 830.1) bewirken (BGE 139 V 562, E. 7.1.4, Urteil des Bundesgerichts vom 22. Januar 2007, I 290/06, E. 4.2.1). Ein geistiger oder psychischer Gesundheitsschaden liegt dann vor, wenn aufgrund eines Geburtsgebrechens, eines Unfalles oder einer Krankheit eine bleibende oder längere Zeit dauernde Beeinträchtigung der mentalen, intellektuellen, kognitiven oder emotionalen Funktionen besteht, welche durch therapeutische Massnahmen nicht ausreichend behoben werden kann und die Arbeitsfähigkeit langdauernd vermindert oder verunmöglicht (Kreisschreiben über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung [KSIH], Rz. 1007). Zur Annahme einer Invalidität braucht es in jedem Fall ein medizinisches Substrat, welches schlüssig von einem Facharzt festgestellt wird und nachweislich die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt (Urteil des Bundesgerichts vom 28. Juni 2012, 9C\_537/2011, E. 3.2). Das



klinische Beschwerdebild darf nicht einzig in Beeinträchtigungen bestehen, die von den belastenden soziokulturellen und psychosozialen Faktoren herrühren, sondern es hat davon unterscheidbare Befunde zu umfassen, zum Beispiel eine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im fachmedizinischen Sinn oder einen damit vergleichbaren psychischen Leidenszustand. Damit überhaupt von Invalidität gesprochen werden kann, muss eine von soziokulturellen oder psychosozialen Belastungssituationen zu unterscheidende und in diesem Sinne verselbständigte psychische Störung mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit vorliegen (Urteil des Bundesgerichts vom 20. September 2011, 8C\_302/2011, E. 2.5.1).

2.

2.1 Vorliegend ist aufgrund der medizinischen Akten erstellt, dass der Beschwerdeführer einen Vestibularisausfall links erlitten hat und an einem Tinnitus links leidet. Nach Einschätzung des Spezialisten der Hals-Nasen-Ohren-Klinik verursacht ein Vestibularisausfall zwei Jahre nach Auftreten in der Regel aber nur noch wenige Beschwerden. Der psychiatrische Sachverständige Dr. D. \_\_\_ diagnostizierte dementsprechend eine "Vestibuläre Minderfunktion mit residualem otogenem Schwindel (H 93.9)", einen "Sekundär somatoformen Schwindel (F 43.3)" und eine "Angststörung mit depressiver Reaktion (F 43.2)". Der Gutachter schätzte den Beschwerdeführer abschliessend als in der angestammten Tätigkeit zu 65% arbeitsfähig und in einer adaptierten Tätigkeit als zu 80% arbeitsfähig ein. Der Beschwerdeführer liess daraufhin gestützt auf einen Arztbericht von Dr. E. \_\_\_ geltend machen, er leide an einem mittelgradigen depressiven Zustandsbild mit Angststörung und sei daher zu mindestens 70% arbeitsunfähig. Dr. E. \_\_\_ begründete diese Einschätzung vorwiegend damit, dass seiner Ansicht nach beim Beschwerdeführer psychotherapeutisch nicht mehr viel erreicht werden könne.

2.2 Der Beschwerdeführer wurde daher nochmals von einem weiteren psychiatrischen Sachverständigen begutachtet. Dr. F. \_\_\_ stellte die Diagnosen: "Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F33.0/F33.1)", "Undifferenzierte Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.1)" und "Akzentuierte Persönlichkeitszüge mit histrionischen Anteilen (ICD-10: Z73.1)" und



betrachtete den Beschwerdeführer aus rein psychiatrischer Sicht als zu 20-30% eingeschränkt. Aktuell bestünden aufgrund der depressiven Symptomatik allenfalls leichte Einschränkungen der Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Diese seien bedingt durch leichte Einschränkungen der Aufmerksamkeit, der Konzentrationsfähigkeit und der Ausdauer. Es bestehe eine leicht verminderte Stress- und Frustrationstoleranz, sowie eine verminderte Konfliktfähigkeit und ein leicht vermindertes Abgrenzungsvermögen. Diese Einschätzung wurde gut begründet und das Gutachten ist insgesamt schlüssig und nachvollziehbar. Der Gutachter erstellte es in Kenntnis der massgeblichen Vorakten (Anamnese) und stützte seine Einschätzungen auf die eigene Untersuchung des Beschwerdeführers. Er setzte sich insbesondere mit der abweichenden Einschätzung von Dr. E. \_\_\_ und dem Erstgutachten von Dr. D. \_\_\_ ausführlich auseinander. Es zeigt sich denn auch, dass die beiden Gutachter bei ihrer Einschätzung im Wesentlichen zu übereinstimmenden Einschätzungen gelangten. Beide nahmen den Beschwerdeführer als leicht bis mittelschwer depressiv wahr. Auch die Testungen bei Dr. D. \_\_\_ zeigten ein solches Bild. Während sich bei den Fremdbeurteilungsskalen ein leicht- bis mittelgradig ausgeprägtes depressives Syndrom feststellen liess, erreichte der Beschwerdeführer bei der Selbstbeurteilungsskala hingegen keine signifikanten Punktwerte im Sinne einer Depression. Der Beschwerdeführer selbst betrachtete sich denn auch nicht als depressiv. Übereinstimmend dazu hielt Dr. F. \_\_\_ fest, dem Beschwerdeführer fehle die Krankheitseinsicht.

2.3 Beide Gutachter vertraten ferner die Ansicht, dass bei einer adäquaten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung eine Besserung des Zustandes erreicht werden könne. Dr. F. \_\_\_ hatte festgehalten, dass die festgestellten eher leichten psychischen Symptome einer Therapie eindeutig zugänglich erschienen. Dies erscheint plausibel, da der Beschwerdeführer sich bis dahin noch keiner adäquaten Behandlung unterzogen hatte. Die Einschätzung von Dr. E. \_\_\_ indessen, dass beim Beschwerdeführer psychotherapeutisch nicht mehr viel erreicht werden könne, vermag nicht zu überzeugen. Er vertrat die Ansicht, es sei naiv zu glauben, dass nach all den Jahren eine Therapie plötzlich eine grosse gesundheitliche Verbesserung bringen solle. Keiner der Gutachter hat allerdings behauptet, eine Therapie werde mit Sicherheit eine sofortige Verbesserung des Gesundheitszustandes bringen. Dr. D. \_\_\_ hat festgehalten, dass eine Therapie mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu einer fähigkeitsrelevanten



Verbesserung führen würde. Dr. F.\_\_\_\_ sprach davon, dass durch eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung inklusive einer adäquaten Medikation voraussichtlich noch eine relevante Verbesserung zu erwarten sei. Es ist nicht nachvollziehbar, wieso ein Therapieerfolg zum Vornherein ausgeschlossen werden sollte, ohne das jemals überhaupt eine Behandlung versucht worden wäre.

2.4 Dr. E.\_\_\_\_ hatte in seinem Bericht die Situation zudem so dargestellt, dass der Leser den Eindruck erhielt, beim Beschwerdeführer sei bereits eine medikamentöse Therapie begonnen worden, die keine wesentliche Besserung gebracht habe. Bei der Befragung des Beschwerdeführers hat sich dann aber herausgestellt, dass Dr. E.\_\_\_\_ dem Beschwerdeführer das Medikament Denaxit erst bei der besagten "Begutachtungskonsultation" verschrieben hatte. Dies führt dazu, dass die Einschätzung von Dr. E.\_\_\_\_ als wenig überzeugend zu qualifizieren ist, zumal er wiederholt unsachliche Kritik an den Gutachtern und deren Ausführungen geäussert hat.

2.5 Ob eine Therapie erfolgreich verläuft, ist von Patient zu Patient verschieden und im Voraus ist oft unsicher, ob eine Therapie bei einem Patienten anschlagen wird. Dies ist aber kein Grund, einer Therapie zum Vornherein jegliche Erfolgschancen abzusprechen. Dr. E.\_\_\_\_ begründete seine Einschätzung – dass mit einer Therapie nicht mehr viel erreicht werden könne – denn auch in keiner Weise. Vorliegend dürfte das Problem wohl darin bestehen, dass der Beschwerdeführer über keine ausreichende Therapiemotivation verfügt. Dies bedeutet aber nicht, dass eine Therapie nicht grundsätzlich und bei ausreichender Motivation Wirkung zu zeigen vermöchte.

2.6 Dr. E.\_\_\_\_ hat festgehalten, der Beschwerdeführer habe keine Interessen, keine Hobbies und keine Freunde mehr. Diese pessimistische Darstellung hat sich im jüngsten Gutachten (von Dr. F.\_\_\_\_) nicht bestätigt. Denn bei der Befragung durch Dr. F.\_\_\_\_ hat der Beschwerdeführer angegeben, er spazierte täglich ca. eine Stunde am See entlang. Er koche mittags und abends. Zudem lese er das "Tagblatt" und die "20 Minuten" und er leihe sich auch Bücher von Bekannten aus. Lesen sei seine Hauptbeschäftigung. Bei der Literaturlauswahl habe er sich sehr vielseitig gezeigt. Er treffe sich regelmässig mit 2-3 Kollegen, die ihn 1-2 Mal pro Woche in den H.\_\_\_\_- Club nach I.\_\_\_\_ mitnehmen. Eine soziale Isolation, wie sie Dr. E.\_\_\_\_ als zutreffend erachtet hatte, liegt demnach offensichtlich nicht vor. Da der Beschwerdeführer kein eigenes



Restaurant mehr führt, ist es selbstverständlich, dass er nicht mehr ganz so viele soziale Kontakte pflegen kann wie zu den Zeiten seiner Tätigkeit als Gastwirt.

2.7 Der Beschwerdeführer verfügt über diverse positive Ressourcen, die es als folgerichtig erscheinen lassen, dass es ihm in Bezug auf seine undifferenzierte Somatisierungsstörung möglich ist, die nötige Willensanstrengung aufzubringen, um seine somatoformen Beschwerden (Vibration im Kopf, Gleichgewichtsstörungen soweit sie nicht durch den Vestibularisausfall zu erklären sind) zu überwinden und wieder in den Arbeitsprozess einzusteigen. Daneben bleibt aber die leicht- bis mittelgradige Depression bestehen. Diese ist von der undifferenzierten Somatisierungsstörung abzugrenzen und stellt eine eigenständige andauernde Störung mit Krankheitswert dar. Dr. F.\_\_\_\_ hielt fest, dass er aus gutachterlicher Sicht gehalten war, die IV-fremden psychosozialen Belastungsfaktoren aufzuzeigen und diese für seine Arbeitsfähigkeitsschätzung unberücksichtigt zu lassen. Er hat darauf hingewiesen, dass die höhere Arbeitsunfähigkeitsschätzung von Dr. E.\_\_\_\_ (70%) darauf zurückzuführen sei, dass dieser gestützt auf die Schilderungen des Beschwerdeführers IV-rechtlich nicht relevante Faktoren in seine Einschätzung mit einbezogen habe. Unter Ausklammerung dieser Faktoren schätzte Dr. F.\_\_\_\_ den Beschwerdeführer dennoch als zu 20-30% eingeschränkt ein. Da Dr. F.\_\_\_\_ in seinem Gutachten im Wesentlichen zu den gleichen Einschätzungen gelangte wie Dr. D.\_\_\_\_ und da das Gutachten allumfassend, widerspruchsfrei und nachvollziehbar ist, kann darauf vollumfänglich abgestellt werden.

2.8 Dr. E.\_\_\_\_ hat beim Beschwerdeführer ausserdem eine Persönlichkeitsveränderung diagnostiziert, die ebenfalls Einfluss auf seine Arbeitsfähigkeitsschätzung haben soll. Dr. E.\_\_\_\_ schrieb, der Beschwerdeführer habe ihm gegenüber nicht angegeben, dass er viel lese und er könne sich dies bei den Konzentrationsstörungen des Beschwerdeführers auch nicht vorstellen. Der Beschwerdeführer ist offensichtlich nicht sehr gesprächig. So hat auch Dr. D.\_\_\_\_ erst auf Nachfrage den Tagesablauf des Beschwerdeführers und dass er Zeitung liest, erfahren. Zunächst hatte der Beschwerdeführer nämlich geantwortet, er mache "nichts". Dr. E.\_\_\_\_ hat möglicherweise nicht weiter nachgefragt und es dabei bewenden lassen, als der Beschwerdeführer angab, er habe keine Hobbies. Bei der Begutachtung durch Dr. F.\_\_\_\_ ergab sich dann, dass der Beschwerdeführer nicht nur die "20 Minuten",



sondern auch das "Tagblatt" und Bücher liest. Woher nun Dr. E.\_\_\_\_ die Überzeugung nimmt, dass dies nicht stimmen könne – ohne dass er den Beschwerdeführer nochmals gesehen hätte und bei diesem hätte nachfragen können – erschliesst sich aus seinem Bericht nicht. Dr. F.\_\_\_\_ und RAD-Arzt Dr. G.\_\_\_\_ haben anschaulich dargelegt, wieso ihrer Ansicht nach keine Persönlichkeitsveränderung vorliegt. Dr. F.\_\_\_\_ hat aufgezeigt, dass die Kriterien für eine Persönlichkeitsänderung nicht erfüllt sind. Auf diese klaren und verständlichen Ausführungen kann abgestellt werden. Es erscheint damit als nicht wahrscheinlich, dass der Beschwerdeführer an einer Persönlichkeitsveränderung leidet.

2.9 Eine weitere Begutachtung, wie dies vom Rechtsvertreter des Beschwerdeführers gefordert wurde, ist nicht angezeigt. Sie könnte nichts mehr zur Sachverhaltsermittlung oder zur Beurteilung des vorliegenden Falles beitragen, das nicht schon die ersten beiden unabhängigen Gutachten hervorgebracht haben. Die Einschätzung von Dr. F.\_\_\_\_ ist aus den oben dargelegten Gründen und im Hinblick darauf, dass auch Dr. D.\_\_\_\_ den Beschwerdeführer als zu 30% eingeschränkt einschätzte, als überzeugend zu betrachten und es ist vorliegend darauf abzustellen. Nach bundesgerichtlicher Praxis ist, wenn ein Gutachter eine Bandbreite angibt, der Mittelwert dieser Einschätzung als Grundlage zu nehmen (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 20. August 2009, 9C\_193/2009, E. 1.3.1, und vom 28. Dezember 2007, 9C\_626/2007, E. 3.2), vorliegend demzufolge 25%.

3.

3.1 Der Invaliditätsgrad des Beschwerdeführers ist anhand eines Einkommensvergleichs zu ermitteln. In der Regel wird für die Bestimmung des Valideneinkommens auf das zuletzt erzielte Einkommen abgestellt. Da der Beschwerdeführer bereits seit dem Jahr 2006 nicht mehr erwerbstätig war, kann darauf allerdings nicht abgestellt werden. Es müssen die statistischen Durchschnittslöhne der Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik herangezogen werden. Da auch für die Berechnung des Invalideneinkommens auf die Tabellenlöhne zurückzugreifen ist, sind die beiden Vergleichseinkommen identisch und ein eigentlicher Einkommensvergleich erübrigt sich. Im Ergebnis ist ein Prozentvergleich



## St.Galler Gerichte

vorzunehmen. Der Invaliditätsgrad entspricht unter solchen Verhältnissen dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung eines allfälligen Abzuges vom Tabellenlohn (Urteile des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 552/04 E. 3.4 vom 8. Juni 2005 und I 479/03 E. 3.1 vom 19. November 2003).

3.2 Die Tabellenlöhne basieren auf Einkommen gesunder Arbeitnehmer. Als in seiner Gesundheit beeinträchtigter Arbeitnehmer hat der Beschwerdeführer mit indirekten Wettbewerbsnachteilen zu rechnen. Dieser Tatsache ist mit einem Abzug vom Tabellenlohn Rechnung zu tragen. Im vorliegenden Fall erscheint ein Abzug von 10% als gerechtfertigt. Bei einer Einschränkung von 25% und einem Abzug von 10% resultiert ein Invaliditätsgrad von 32.50%. Im Ergebnis resultiert demnach kein rentenbegründender Invaliditätsgrad von mindestens 40%. Dementsprechend hat die Beschwerdegegnerin das Rentengesuch des Beschwerdeführers mit Verfügung vom 16. November 2012 zu Recht abgewiesen.

4. Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend beurteilten Angelegenheit als angemessen. Da der Beschwerdeführer im vorliegenden Verfahren unterlegen ist, hat er die Gerichtskosten zu tragen. Die Gerichtskosten sind durch den bezahlten Kostenvorschuss in gleicher Höhe gedeckt. Beim vorliegenden Verfahrensausgang hat der Beschwerdeführer gemäss Art. 98<sup>ter</sup> des st. gallischen Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege (VRP, sGS 951.1) i.V.m. Art. 106 der Zivilprozessordnung (ZPO, SR 272) keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

### **entschieden:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Der Beschwerdeführer hat die Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen; die Gerichtsgebühr ist durch den geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe gedeckt.