



**Fall-Nr.:** IV 2013/502  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 15.10.2019  
**Entscheiddatum:** 10.06.2016

### **Entscheid Versicherungsgericht, 10.06.2016**

**Art. 28 und 29 IVG. Würdigung des psychiatrischen Gutachtens. Auf die gutachterliche Arbeitsfähigkeitsschätzung kann abgestellt werden. Gewährung eines Tabellenlohnabzugs von 15 %, da ein potentieller Arbeitgeber einen an einer rezidivierenden depressiven Störung leidenden Arbeitnehmer wegen des höheren Kostenrisikos, welches durch das höhere Arbeitsausfallrisiko bedingt ist, nur zu einem deutlich unterdurchschnittlichen Lohn einstellen würde. Gutheissung der Beschwerde und rückwirkende Zusprache einer Viertelsrente (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 10. Juni 2016, IV 2013/502). Aufgehoben durch Urteil des Bundesgerichts 9C\_434/2016.**

Besetzung

Vizepräsident Ralph Jöhl, Versicherungsrichterin Karin Huber-Studerus,  
Versicherungsrichter Joachim Huber; Gerichtsschreiberin Lea Hilzinger

Geschäftsnr.

IV 2013/502

Parteien

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

**Beschwerdeführer,**

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Urs Bertschinger, St. Gallerstrasse 46, Postfach  
945, 9471 Buchs SG 1,



## St.Galler Gerichte

gegen

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

**Beschwerdegegnerin,**

Gegenstand

**Rente**

**Sachverhalt**

A.

A.a A.\_\_\_\_ meldete sich erstmals im September 2000 bei der IV-Stelle des Kantons St. Gallen zum Bezug von IV-Leistungen an (IV-act. 1). Er gab an, wegen eines Bandscheibenschadens seit dem 19. Oktober 1999 voll arbeitsunfähig zu sein. Von 1980 bis 1981 habe er in B.\_\_\_\_ eine Elektrikerlehre und von 1987 bis 1988 in der Schweiz eine Maurer-Anlehre absolviert. Zuletzt habe er bei C.\_\_\_\_ AG als Hilfsarbeiter gearbeitet. Mit Verfügung vom 15. März 2002 wurde das Gesuch um berufliche Eingliederungsmassnahmen abgewiesen (IV-act. 17). Zur Begründung wurde angeführt, dass in der bisherigen Tätigkeit als Schichtarbeiter zwar eine volle Arbeitsunfähigkeit bestehe, dem Versicherten jedoch leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten zumutbar seien. Seit März 2001 arbeite er wieder voll in einer adaptierten Tätigkeit.

A.b Im Januar 2005 meldete sich der Versicherte zum zweiten Mal bei der IV-Stelle zum Bezug von IV-Leistungen an (IV-act. 18). Er erklärte, wegen chronischer Schmerzen nach mehreren Operationen im Inguinalbereich links seit dem 19. Januar 2004 voll arbeitsunfähig zu sein. Zuletzt habe er als Schichtführer bei der D.\_\_\_\_ AG gearbeitet. Mit Verfügung vom 31. Oktober 2005 wies die IV-Stelle das Rentengesuch mit der Begründung ab, dass der Versicherte in einer leidensangepassten Tätigkeit ein rentenausschliessendes Einkommen erzielen könne (IV-act. 45). Nachdem der Versicherte Einsprache erheben liess (IV-act. 46), widerrief die IV-Stelle die Abweisungsverfügung (IV-act. 56) und ordnete eine polydisziplinäre Begutachtung an



## St.Galler Gerichte

(IV-act. 52). Am 20. März 2007 wurde der Versicherte von der Medas Zentralschweiz polydisziplinär (allgemein-internistisch, psychiatrisch und rheumatologisch) begutachtet (Gutachten vom 10. Mai 2007, IV-act. 83). Die Gutachter gaben als Diagnosen mit wesentlicher Einschränkung der Arbeitsfähigkeit psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Erkrankungen, eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, ein chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom und eine Impingement-Symptomatik der rechten Schulter vom Supraspinatus-Typ an (siehe IV-act. 83-18 und 83-21). Die Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Maschinenüberwacher schätzten sie auf 0 %, sofern es sich dabei um eine schwere und häufig mittelschwere Arbeit gehandelt habe. In einer körperlich leichten und nur gelegentlich mittelschweren Tätigkeit ohne Überkopfarbeiten mit dem rechten Arm bestehe eine 90 %ige Arbeitsfähigkeit, wobei die 10 %ige Einschränkung psychisch bedingt sei. Mit Verfügung vom 19. Februar 2008 wies die IV-Stelle das Rentengesuch bei einem IV-Grad von 23 % ab (IV-act. 106).

A.c Im März 2011 wurde der Versicherte von seinem Rechtsvertreter zum dritten Mal für die berufliche Integration bzw. zum Bezug von Rentenleistungen angemeldet (IV-act. 122). Der Rechtsvertreter gab an, dass der Versicherte seit mindestens sieben Jahren arbeitsunfähig sei. Er leide an Schmerzen in der Leistengegend, am Rücken, im linken Arm und in der linken Schulter sowie an einer schweren Depression mit psychotischen Symptomen und fraglicher Suizidalität.

A.d Die Klinik E.\_\_\_\_ hatte am 1. März 2011 über die stationäre Behandlung vom 2. bis 24. Februar 2011 berichtet (IV-act. 125). Als Diagnose hatten die Ärzte eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen (F33.3), angegeben. Die Zuweisung sei aufgrund einer schweren depressiven Episode mit psychotischen Symptomen und fraglicher Suizidalität per fürsorglichem Freiheitsentzug (FFE) erfolgt. In den ersten Tagen habe der Versicherte tagsüber mehrmals berichtet, einen Mann mit weissem Bart gesehen und imperative Stimmen von diesem gehört zu haben. Nach der Medikamenteneinstellung seien diese Bilder nicht mehr so oft vorgekommen. Nach Abklingen der psychotischen Symptomatik und einer deutlichen Stabilisierung der depressiven Symptomatik sei der Versicherte auf eigenen Wunsch hin bei fehlender Rückhaltesymptomatik entlassen



## St.Galler Gerichte

worden. Am 14. April 2011 berichtete Dr. med. F.\_\_\_\_, Allgemeinmedizin FMH, dem RAD-Arzt Dr. med. G.\_\_\_\_ telefonisch, dass er den Versicherten weder vor noch nach der Hospitalisation je psychotisch erlebt habe. In einer körperlich ideal adaptierten Tätigkeit dürfte der Versicherte wieder über eine relevante Arbeitsfähigkeit verfügen, zumal keine psychotischen Elemente mehr zu erkennen seien. Wie viele Stunden der Versicherte pro Tag arbeitsfähig sei, sei offen. Gegen eine sofortige Wiedereingliederung spreche die sehr weit fortgeschrittene Demotivation des Versicherten (IV-act. 129; am 25. April 2011 von Dr. F.\_\_\_\_ unterzeichnet).

A.e Mit Vorbescheid vom 5. Mai 2011 kündigte die IV-Stelle dem Versicherten an, auf das neue Leistungsbegehren nicht einzutreten, da er nicht glaubhaft dargelegt habe, dass sich die tatsächlichen Verhältnisse seit der letzten Verfügung wesentlich verändert hätten (IV-act. 133). Dagegen liess der Versicherte durch seinen Rechtsvertreter am 3. Juni 2011 einwenden, dass sich insbesondere sein psychischer Gesundheitszustand zwischenzeitlich wesentlich verschlechtert habe. Davon zeuge allein schon der FFE. Daneben hätten auch die körperlichen Beschwerden in der Leistengegend zugenommen (IV-act. 134). Das Psychiatrie-Zentrum H.\_\_\_\_ berichtete am 18. Oktober 2011 über eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes (IV-act. 140). Seit dem 3. Juni 2011 fänden in zwei- bis vierwöchentlichem Rhythmus psychiatrisch-psychotherapeutische Gespräche statt. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt erscheine die mittel- bis langfristige Prognose wegen der chronifizierten Schmerzsymptomatik und wegen dem sich sukzessiv verschlechternden depressiven Zustandsbild als eher ungünstig. Der Versicherte könne aktuell als eindeutig schwergradig depressiv mit teilweise psychotischen Symptomen eingestuft werden. Die ambulante Behandlung gestalte sich aufgrund der sprachlichen Schwierigkeiten sowie der psychosozialen Belastungsfaktoren als äusserst schwierig.

A.f Am 4. September 2012 fand eine polydisziplinäre Verlaufsbeurteilung (allgemeininternistisch, rheumatologisch und psychiatrisch) durch die Medas Zentralschweiz statt (Verlaufsgutachten vom 27. November 2012, IV-act. 148). Als Diagnosen mit wesentlicher Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit gaben die Gutachter an:

- Aktuell schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen (F33.3) bei Status nach rezidivierenden depressiven Störungen seit mindestens 2008;



## St.Galler Gerichte

- unerwünschte Arzneimittelwirkungen verschiedener Medikamente (Y49.2 und 49.5) mit unmessbar tiefer Serumkonzentration des verordneten Antidepressivums (Venlafaxin);

- Hohlrundrücken mit Haltungsinsuffizienz und muskulärer Dysbalance, Dekonditionierung, medio-rechtslateraler Diskushernie L5/S1 (CT 1999, aktuell ohne neurologisches Defizit) und Status nach lumbospondylogem und zervikalem Schmerzsyndrom 2007.

Der rheumatologische Gutachter Dr. med. I.\_\_\_\_ erklärte in seinem Teilgutachten (IV-act. 148-33), dass der Versicherte über eine Besserung der Beschwerden am Bewegungsapparat seit der letzten Begutachtung im Jahr 2007 berichtet habe. Aktuell fühle er sich sowohl im Bereich des Rückens als auch der Gelenke schmerzfrei; nur manchmal würden punktförmige Schmerzen im Kreuz mit gelegentlicher Ausstrahlung in die Beine und den ganzen Rücken auftreten. Er fühle sich insgesamt kraftlos und ohne Energie. Er benötige keine Medikamente; einzig bei gelegentlich auftretenden Kopfschmerzen nehme er Dafalgan ein. Der rheumatologische Gutachter gab weiter an, aufgrund der aktuell angegebenen Beschwerdefreiheit und des bis auf die Fehlstatik und die Adipositas unauffälligen Untersuchungs sei aus rheumatologischer Sicht auf eine deutliche Verbesserung des Gesundheitszustandes zu schliessen. Gestützt auf die früheren Abklärungen mit computertomografisch nachgewiesener lumbo-sakraler Diskushernie und aufgrund der Fehlstatik betrachte er den Versicherten jedoch weiterhin für jegliche körperlich schweren und ausschliesslich mittelschweren Arbeiten sowie für rückenbelastende Arbeitspositionen als nicht arbeitsfähig. Körperlich leichte und gelegentlich mittelschwere Tätigkeiten in vorzugsweise wechselnden Körperpositionen seien dem Versicherten jedoch ganztags und ohne zeitliche sowie leistungsmässige Einschränkung zumutbar. Der psychiatrische Gutachter Dr. med. J.\_\_\_\_ erklärte in seinem Teilgutachten (IV-act. 148-22 ff.), dass der Versicherte als erstes über das Sehen eines Mannes mit weissem Bart, der ihn überall hinbegleite, berichtet habe. Er sehe den Mann etwa seit dem Aufenthalt in der Klinik E.\_\_\_\_. Er ängstige sich vor ihm. Es gebe auch Tage, an denen er keine Stimmen höre. Wegen der Erscheinung des Mannes gehe er nie allein an Orte, wo es viele Menschen habe. Er habe Angst, dass die Leute auf ihn zeigten und über ihn lachten. Er habe die Hoffnung verloren, vergesse viel, werde schnell nervös und aggressiv. Der psychiatrische



Gutachter führte weiter aus, die entscheidende Frage sei, wie die geltend gemachten Halluzinationen differentialdiagnostisch einzuordnen seien. Der Versicherte habe gleichzeitig und immer gleich auftretende, optische und akustische Halluzinationen geschildert; dies komme eher selten vor. Die Kriterien für eine Schizophrenie seien nicht eindeutig erfüllt, da der Versicherte weder befehlende noch kommentierende Stimmen in der dritten Person beschrieben habe. Halluzinationen seien im Rahmen einer Depression selten. Wenn psychotische Symptome aufträten, handle es sich meistens um stimmungskongruente Wahnideen. Sobald psychotische Symptome im Rahmen einer Depression vorlägen, handle es sich definitionsgemäss um eine schwere Depression. Aus seiner Erfahrung liege in solchen Fällen auch immer eine schwere Depression im klinischen Sinn vor. Im vorliegenden Fall bestehe jedoch – ohne Berücksichtigung der psychotischen Symptomatik – nur eine mittelgradige Depression. Des Weiteren könne ein ausgeprägter sozialer Rückzug zu psychoseähnlichen Erscheinungen führen. Der Versicherte habe die Einweisung in die Klinik durch die Polizei als völlig unangemessen empfunden, was gut nachvollziehbar sei. Gleichzeitig habe ihm dieses Ereignis zusammen mit den zusätzlichen Medikamenten deutlich gemacht, dass die Schilderung von psychotischen Symptomen von den Ärzten als Hinweis auf eine gravierende Erkrankung beurteilt werde. Das könnte die Wahrnehmungsstörungen intensiviert haben. Hierbei handle es sich eher nicht um ein bewusstes Aggravieren, sondern um einen weitgehend unbewussten Ablauf. Ob vorliegend eine psychotische Depression, eine Schizophrenie oder eine Eskalation von illusionären Verkennungen oder Visionen auf der Basis eines sozialen Rückzugs und der Konzentration auf den Kampf um eine IV-Rente bestehe, könne aufgrund der vorhandenen Daten nicht definitiv entschieden werden. Es bleibe deshalb nur die Möglichkeit, die Diagnosen, die mehr oder weniger hätten objektiviert werden können, zu diskutieren. Der Versicherte habe in den Fremdbeurteilungsskalen, die die Frage von psychotischen Symptomen nicht berücksichtigten, Werte erreicht, die knapp über dem Grenzwert zwischen einer leichten und einer mittelschweren Depression lägen. Das entspreche auch dem klinischen Eindruck im engeren Sinn. Eine chronische Depression zeige typischerweise gewisse Schwankungen im Schweregrad. Für die Beurteilung der anhaltenden Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit sei daher nicht nur vom momentanen Schweregrad, sondern von einem durchschnittlichen Schweregrad, d.h. in diesem Fall von einer leichten bis mittelgradigen Depression, auszugehen. Der



Serumsspiegel von Venlafaxin habe unter der Nachweisgrenze gelegen. Der Versicherte nehme die Antidepressiva – entgegen seiner Aussage – wahrscheinlich also gar nicht ein. Dies relativiere die Verschlechterung etwas. Der Versicherte habe vermehrte Ängste in Menschenmengen geschildert. Diese Angstsymptomatik bilde Teil der Depression oder auch einer Schizophrenie, sei also nicht so ausgeprägt, dass eine eigene Diagnose gerechtfertigt wäre. Die Schmerzen hätten sich deutlich gebessert und seien zum grössten Teil verschwunden. Deshalb könne die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren nicht mehr gestellt werden. Mangels eindeutiger Diagnose sei es auch kaum möglich, eine verlässliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit abzugeben. Allerdings erscheine es vertretbar, für die Einschätzung der Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit die wahrscheinlichste Diagnose, nämlich diejenige einer rezidivierenden leichten bis mittelgradigen Depression, anzunehmen. Aufgrund der erhöhten Anforderungen an die Konzentrationsfähigkeit seien dem Versicherten Arbeiten mit laufenden Maschinen nicht mehr zumutbar. Daher sei er in seiner angestammten Tätigkeit als Maschinist/Schichtführer zu 100 % arbeitsunfähig. Wegen der Depression seien der Antrieb des Versicherten, seine Ausdauer, seine Konzentrationsfähigkeit, seine Flexibilität, seine Umstellungsfähigkeit, seine Entscheidungs-, Urteils- und Kontaktfähigkeit sowie sein Selbstvertrauen beeinträchtigt. Eine zeitliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe nicht. Jedoch sei die Leistungsfähigkeit des Versicherten um etwa 30 % eingeschränkt. In einer adaptierten Tätigkeit betrage die Arbeitsunfähigkeit daher 30 %. Diese Einschätzung gelte ab dem Austritt aus der Klinik E.\_\_\_\_ im Februar 2011, spätestens jedoch ab dem Untersuchungszeitpunkt. Ergänzend hielt der psychiatrische Gutachter fest, dass die invaliditätsfremden psychosozialen Faktoren, vor allem die mangelhaften Sprachkenntnisse, die Erkrankung der Ehefrau und die finanzielle Knappheit, relativ bedeutend seien und bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit angemessen berücksichtigt worden seien. In polydisziplinärer Hinsicht wurde die Arbeitsfähigkeit in einer körperlich adaptierten Tätigkeit auf 70 % geschätzt.

A.g RAD-Arzt Dr. G.\_\_\_\_ notierte am 14. Dezember 2012, das Medas-Gutachten könne als umfassend, kohärent und in sich stimmig bezeichnet werden. In Anbetracht der Diagnose einer schweren depressiven Episode erstaune zwar auf den ersten Blick, dass die Gutachter die Arbeitsfähigkeit auf 70 % geschätzt hätten. Bei näherem Hinsehen zeige sich jedoch, dass sich der psychiatrische Gutachter eingehend mit den



möglichen Differentialdiagnosen auseinandergesetzt habe. Der Gutachter habe die Depression auf der klinisch-funktionalen Ebene nur als leicht bis mittelschwer eingestuft (IV-act. 149). Mit Mitteilung vom 12. März 2013 wurden die beruflichen Massnahmen mit der Begründung, dass sich der Versicherte aktuell nicht in der Lage fühle, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen, abgeschlossen (IV-act. 158).

A.h Mit Vorbescheid vom 13. Juni 2013 stellte die IV-Stelle dem Versicherten bei einem IV-Grad von 30 % die Abweisung des Rentengesuchs in Aussicht (IV-act. 162). Zur Begründung führte sie an, dass er in einer leidensadaptierten Tätigkeit zu 70 % arbeitsfähig sei. Basis des Validen- und Invalideneinkommens bildeten das durchschnittliche Einkommen eines Hilfsarbeiters (Niveau 4) gemäss der Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik (LSE) des Jahres 2010 (IV-act. 159). Ein Tabellenlohnabzug wurde nicht vorgenommen. Dagegen wendete der Rechtsvertreter des Versicherten am 30. August 2013 ein, die Schlussfolgerungen des psychiatrischen Teilgutachtens seien nicht nachvollziehbar (IV-act. 165). In einer dem Einwand beigelegten Stellungnahme („Aktengutachten“) vom 7. August 2013 hatte Dr. med. K.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, ausgeführt, dass ihm das psychiatrische Teilgutachten in Bezug auf die Diagnose, die möglichen Differentialdiagnosen und die versicherungsmedizinische Würdigung der gestellten Diagnosen sehr unklar erscheine. Es sei kaum vorstellbar, dass eine schwer depressive Person zu 70 % arbeitsfähig sei, vor allem wenn sie noch unter psychotischen Erlebnissen leide. In der Regel seien schwer depressive Personen nicht arbeitsfähig. Entweder sei die Diagnose falsch gestellt worden oder die Schlussfolgerungen stimmten nicht. Da die Diagnose schon früher gestellt worden sei, gehe er davon aus, dass sie ihre Berechtigung habe. Folglich müsse die Arbeitsfähigkeitsschätzung fehlerhaft sein. Der Gutachter habe die psychotischen Erlebnisse nicht einordnen können und deren Bedeutung nicht in Zusammenhang mit möglichen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit gebracht.

A.i Mit Verfügung vom 5. September 2013 wies die IV-Stelle das Rentengesuch aus den im Vorbescheid angegebenen Gründen ab (IV-act. 166). Zum Einwand hielt sie fest, dass gemäss dem RAD auf das Gutachten abgestellt werden könne und deshalb am ablehnenden Entscheid festgehalten werde.

B.



B.a Gegen diese Verfügung liess der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer) am 4. Oktober 2013 Beschwerde erheben (act. G 1). Sein Rechtsvertreter beantragte die Aufhebung der Verfügung und die Zusprache einer ganzen IV-Rente; eventualiter sei die Sache zur Neuurteilung an die IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) zurückzuweisen. Zur Begründung machte er mit Verweis auf die Stellungnahme von Dr. K.\_\_\_\_ vom 7. August 2013 geltend, dass das psychiatrische Gutachten mangelhaft sei. Es sei davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer wegen der schweren Depression mit psychotischen Symptomen nicht arbeitsfähig sei.

B.b Die Beschwerdegegnerin beantragte am 25. November 2013 die Abweisung der Beschwerde (act. G 4). Sie führte aus, dass beim Beschwerdeführer ein mit einer somatoformen Schmerzstörung vergleichbares syndromales Leiden vorliege. Es gebe keine Hinweise dafür, dass es sich bei der diagnostizierten schweren depressiven Episode um eine eigenständige psychische Erkrankung handle. Auch seien keine Försterkriterien im invalidisierenden Schweregrad ersichtlich. Auch die Nichteinnahme des verordneten Antidepressivums spreche gegen das Vorliegen einer invalidisierenden Depression. Zudem behinderten die geltend gemachten Halluzinationen den Beschwerdeführer offenbar nicht erheblich. Daher sei davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht voll arbeitsfähig sei.

B.c In seiner Replik vom 28. Februar 2014 (act. G) brachte der Rechtsvertreter vor, dass die Ausführungen der Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort schlichtweg falsch und aktenwidrig seien und dem psychiatrischen Teilgutachten in keiner Weise entsprächen. Des Weiteren habe sich einzig der Serumspiegel von Venlafaxin unter dem Normbereich befunden. Hierbei handle es sich lediglich um eine Momentaufnahme, weshalb daraus nichts zu Lasten des Beschwerdeführers abgeleitet werden könne.

B.d Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf eine Duplik (vgl. act. G 10).

B.e Am 18. Juni 2014 reichte der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers eine Kostennote für seine Bemühungen im IV-Verfahren (inkl. Einspracheverfahren) im Betrag von Fr. 8'123.-- ein (act. G 11). Für den Fall des Obsiegens beantragte er die Zusprache einer maximal möglichen Parteientschädigung.



B.f Am 4. Juli 2014 liess der Rechtsvertreter dem Gericht eine Austrittsbestätigung der Klinik E.\_\_\_\_ vom 11. April 2014 zukommen (act. G 13). Dieser war zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer vom 19. Februar bis 10. April 2014 hospitalisiert gewesen war. Als vorläufige Diagnosen wurden eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen (F33.3), und eine schizotype Störung (F21) angegeben.

B.g Auf Nachfrage hin reichte der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers am 3. März 2016 zwei Austrittsberichte der Klinik E.\_\_\_\_ vom 12. Mai 2014 und vom 11. November 2014 (act. G 16). Im Austrittsbericht vom 12. Mai 2014 (act. G 16.1.1) über den stationären Aufenthalt vom 19. Februar bis 10. April 2014 hatten die Klinikärzte als Diagnosen einen Verdacht auf schizotype Störung und eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen, angegeben. Die Ärzte hatten weiter erklärt, dass die psychotischen Symptome mit optischen und akustischen Halluzinationen für eine Depression eher ungewöhnlich seien. Der Beschwerdeführer habe berichtet, dass er im Wachzustand zu Hause oder draussen einen Mann sehe, welcher einen weissen Bart und (weisse) Haare habe. Der Mann sage nichts zu ihm, er höre jedoch eine männliche Stimme. Diese sei ab und zu auch imperativ und sage dem Beschwerdeführer, dass er sich umbringen solle und dass sein Leben jetzt total verändert sei. Die Stimme frage auch, warum er lebe. Deswegen habe der Beschwerdeführer Angst vor der Stimme. In den ersten drei Behandlungswochen habe sich der Beschwerdeführer hochpsychotisch und ängstlich präsentiert. Durch die Umstellung der Medikation sei eine signifikante Besserung des psychischen Zustandes erreicht worden. Bei der Entlassung habe er keine akustischen oder optischen Halluzinationen mehr gehabt. Im Austrittsbericht vom 11. November 2014 (act. G 16.1.2) über die stationäre Behandlung vom 22. Oktober bis 4. November 2014 hatten die Klinikärzte als Differentialdiagnose eine schizoaffektive Störung, ggw. depressiv (F25.1), und einen Verdacht auf eine schizotype Störung (laut Austrittsbericht 05/2014) angegeben. Die Ärzte hatten erklärt, dass der Beschwerdeführer in Rücksprache mit Dr. L.\_\_\_\_ (PSZ M.\_\_\_\_) seit drei Wochen keine Medikamente mehr einnehme. Der Beschwerdeführer habe angegeben, dass er seit dem 21. Oktober 2014 wieder psychotische Symptome habe. Er sehe einen alten Mann mit weissem Bart und höre Stimmen, die ihm sagten, dass er sterben müsse. Dies mache ihm grosse Angst. Die



## St.Galler Gerichte

Ärzte hatten ausserdem angegeben, dass die psychotischen Symptome unter Neueinstellung auf Lurasidon rasch abgeklungen seien.

B.h Auf erneute Nachfrage hin reichte der Rechtsvertreter am 21. März 2016 weitere Arztberichte ein (act. G 18). Das Psychiatrie-Zentrum H.\_\_\_\_ hatte in seinem Verlaufsbericht vom 15. März 2016 (act. G 18.1.4) als Diagnose eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen, angegeben. Die Ärzte erklärten, dass sich der Beschwerdeführer seit dem Jahr 2011 bei ihnen in Behandlung befinde. Aktuell seien die psychotischen Symptome weitgehend remittiert. Zwischenzeitlich habe der Beschwerdeführer begonnen, zu 50 % an einem geschützten Arbeitsplatz zu arbeiten. Auf dem allgemeinen Arbeitsplatz sei der Beschwerdeführer bis auf weiteres nicht arbeitsfähig.

B.i Am 11. Mai 2016 reichte der Rechtsvertreter eine Kostennote für seine Bemühungen vom 5. September 2013 bis 10. Mai 2016 über den Betrag von Fr. 3'981.15 ein (act. G 21).

## Erwägungen

1.

Der Beschwerdeführer hat sich erstmals im September 2000 bei der Invalidenversicherung angemeldet. Im Januar 2005 ist die erste Wiederanmeldung erfolgt. Damals ist das Rentengesuch mit Verfügung vom 19. Februar 2008 bei einem IV-Grad von 23 % abgewiesen worden. Im März 2011 ist die zweite Wiederanmeldung erfolgt. Gemäss Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn darin glaubhaft gemacht wird, das sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Der Rechtsvertreter hat bei der Wiederanmeldung im März 2011 unter anderem geltend gemacht, dass sich der psychische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers verschlechtert habe. Der Wiederanmeldung ist ein Bericht der Klinik E.\_\_\_\_ vom 1. März 2011 beigelegt, gemäss welchem sich der Beschwerdeführer vom 2. bis 24. Februar 2011 wegen einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen, in



der Klinik stationär hat behandeln lassen. Da im Medas-Gutachten vom 10. Mai 2007 noch keine depressive Störung erwähnt worden ist, ist eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers seit der Rentenabweisung vom 19. Februar 2008 durch den Bericht der Klinik E.\_\_\_\_ glaubhaft gemacht worden. Demzufolge ist die Beschwerdegegnerin zu Recht auf die Wiederanmeldung eingetreten.

2.

2.1 Einen Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung haben Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können, während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 Prozent arbeitsunfähig gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 Prozent invalid sind (Art. 28 Abs. 1 IVG). Invalidität ist gemäss Art. 8 Abs. 1 ATSG die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist der durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG).

2.2 Gemäss Art. 28a Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 16 ATSG ist die Invalidität grundsätzlich durch einen Einkommensvergleich zu ermitteln. Dabei wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (zumutbares Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Einkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden; sie können aber auch nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände geschätzt werden (AHI 1998 S. 120). Wird eine Schätzung vorgenommen, muss diese nicht unbedingt in einer ziffernmässigen Festlegung von



Annäherungswerten bestehen. Vielmehr kann auch eine Gegenüberstellung blosser Prozentzahlen genügen (sog. Prozentvergleich; BGE 114 V 310 E. 3a mit Hinweisen).

3.

3.1 Um das Invalideneinkommen und damit den IV-Grad ermitteln zu können, muss die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers im Verfügungszeitpunkt mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit feststehen (vgl. BGE 129 V 177 E. 3.1).

3.2 In somatischer Hinsicht hat der rheumatologische Gutachter Dr. I.\_\_\_\_ im Verlaufsgutachten vom 27. November 2012 als Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit einen Hohlrundrücken mit Haltungsinsuffizienz und muskulärer Dysbalance, Dekonditionierung, medio-rechtslateraler Diskushernie L5/S1 und einen Status nach lumbospondylogem und zervikalem Schmerzsyndrom angegeben. Der Gutachter ist zum Schluss gekommen, dass dem Beschwerdeführer aufgrund der früheren Abklärungen mit computertomografisch nachgewiesener lumbo-sakraler Diskushernie und aufgrund der Fehlstatik körperlich schwere und ausschliesslich mittelschwere Tätigkeiten sowie rückenbelastende Arbeiten nicht mehr zumutbar seien. In körperlich leichten und gelegentlich mittelschweren Tätigkeiten vorzugsweise in wechselnden Körperpositionen sei der Beschwerdeführer voll arbeitsfähig. Diese Einschätzung ist unumstritten und überzeugt, zumal der Beschwerdeführer anlässlich der Begutachtung erklärt hat, aktuell sowohl im Bereich des Rückens wie auch der Gelenke schmerzfrei zu sein. Der Beschwerdeführer ist somit in somatischer Hinsicht – unter Berücksichtigung der vom Gutachter genannten qualitativen Einschränkungen – mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu 100 % arbeitsfähig.

3.3 Der psychiatrische Gutachter Dr. J.\_\_\_\_ hat im Verlaufsgutachten als Diagnose eine aktuell schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen bei einem Status nach rezidivierenden depressiven Störungen seit mindestens dem Jahr 2008 angegeben. In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Maschinist/Schichtführer hat der Gutachter die Arbeitsunfähigkeit wegen den erhöhten Anforderungen an die Konzentrationsfähigkeit auf 100 % geschätzt. Es leuchtet ein, dass die Arbeit an laufenden Maschinen eine uneingeschränkte Konzentration erfordert. Da der Gutachter beim Beschwerdeführer eine Beeinträchtigung der Konzentrationsfähigkeit festgestellt



hat, ist daher davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit aus psychiatrischer Sicht nicht mehr arbeitsfähig ist.

3.3.1 In einer adaptierten Tätigkeit hat der Gutachter die Arbeitsunfähigkeit auf 30 % geschätzt, was angesichts der von ihm angegebenen Diagnose – worauf auch der RAD-Arzt hingewiesen hat – auf den ersten Blick eher tief erscheint. Bei näherer Betrachtung zeigt sich jedoch, dass der Gutachter klinisch lediglich eine leichte bis mittelschwere Depression hat feststellen können und dass er bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit von diesem Schweregrad ausgegangen ist. Der Gutachter hat auch die vom Beschwerdeführer geltend gemachten psychotischen Symptome in seiner Arbeitsfähigkeitsschätzung unberücksichtigt gelassen, da er diese nicht hat objektivieren können. Ausgehend von einer leichten bis mittelschweren Depression erscheint die Einschätzung von Dr. J.\_\_\_\_, dass der Beschwerdeführer in einer adaptierten Tätigkeit zu 70 % arbeitsfähig ist, als plausibel. Die Kritik von Dr. K.\_\_\_\_ an der Arbeitsfähigkeitsschätzung des Gutachters geht fehl, da Dr. K.\_\_\_\_ davon ausgegangen ist, dass der Arbeitsfähigkeitsschätzung des Gutachters eine schwere Depression mit psychotischen Symptomen zugrunde gelegen habe. Die Behauptung der Beschwerdegegnerin, wonach es sich bei der depressiven Störung nicht um eine eigenständige psychische Erkrankung handle, ist im Übrigen schon deshalb nicht stichhaltig, da im Verlaufsgutachten vom 27. November 2012 gar keine somatoforme Schmerzstörung oder ein vergleichbares syndromales Leiden mehr diagnostiziert worden ist.

3.3.2 Zu prüfen bleibt, ob der Gutachter bei der Arbeitsfähigkeitsschätzung zu Recht lediglich von einer leichten bis mittelschweren Depression ausgegangen ist und ob er deshalb die geltend gemachten Halluzinationen zu Recht nicht berücksichtigt hat. Bei der Arbeitsfähigkeitsschätzung sind lediglich diejenigen gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu berücksichtigen, die objektiviert werden können. Der Gutachter hat erklärt, dass er keine eindeutige Diagnose, sondern lediglich eine Differentialdiagnose mit Wahrscheinlichkeiten habe stellen können. Beim klinischen Untersuch hat er nur eine leichte bis mittelschwere Depression feststellen können. Mit den geltend gemachten Halluzinationen und den möglichen Diagnosen hat er sich eingehend auseinandergesetzt, jedoch keine Diagnose stellen können, die alle ICD-10 Kriterien eindeutig erfüllen würde. Da der Beschwerdeführer den Nachteil der



Beweislosigkeit trägt (vgl. BGE 117 V 261 E. 3b) hat der Gutachter die geltend gemachten psychotischen Symptome zu Recht nicht in seine Arbeitsfähigkeitsschätzung einfließen lassen. Das Gericht hat, da der Gutachter keine eindeutige Diagnose stellen können, aktuelle psychiatrische Berichte angefordert, um zu prüfen, ob zwischenzeitlich weitere medizinische Erkenntnisse vorliegen, die eine eindeutige Diagnosestellung erlauben. Die Klinik E.\_\_\_\_ hat in ihrem Bericht vom 12. Mai 2014 neu einen Verdacht auf eine schizotype Störung angegeben. Im Bericht vom 11. November 2014 hat dieselbe Klinik diese Diagnose zwar aufgeführt, jedoch nicht als eigene Diagnose; sie hat nur auf den Bericht vom 12. Mai 2014 verwiesen. Im aktuellsten psychiatrischen Bericht, demjenigen des Psychiatrie-Zentrums H.\_\_\_\_ vom 15. März 2016, ist dann „lediglich“ noch die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen, angegeben worden. Daraus ist zu schliessen, dass sich der Verdacht auf eine schizotype Störung nicht bestätigt hat. Somit liegen keine neuen medizinischen Erkenntnisse bezüglich der geltend gemachten Halluzinationen im Recht, die eine vom Gutachten von Dr. J.\_\_\_\_ abweichende Einschätzung erlauben würden. Als die quantitative Arbeitsfähigkeit einschränkende Kriterien hat der Gutachter eine Verminderung des Antriebs, der Ausdauer, der Konzentrationsfähigkeit, der Flexibilität, der Umstellungsfähigkeit, der Entscheidungs-, Urteils- und Kontaktfähigkeit und des Selbstvertrauens genannt. In zeitlicher Hinsicht sei der Beschwerdeführer zwar kaum eingeschränkt. Seine Leistungsfähigkeit sei jedoch um 30 % vermindert. Vor dem Hintergrund der vom Gutachter angegebenen Defizite überzeugt dessen Einschätzung, dass der Beschwerdeführer zwar ganztags arbeiten kann, jedoch in seiner Arbeitsleistung um 30 % reduziert ist.

3.3.3 Der letzte Satz der Ziffer 6.2 des psychiatrischen Teilgutachtens vom 13. September 2012 lautet: „In diesem Fall sind die invaliditätsfremden, psychosozialen Faktoren, vor allem die mangelnden Sprachkenntnisse, die Erkrankung der Ehefrau und die finanzielle Knappheit doch relativ bedeutend und sie wurden bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit angemessen berücksichtigt.“ Auf den ersten Blick erscheint es, als habe der Gutachter die invaliditätsfremden, psychosozialen Faktoren in seiner Arbeitsfähigkeitsschätzung mitberücksichtigt. Im Kontext der vorhergehenden Ausführungen in Ziffer 6.2 des psychiatrischen Teilgutachtens wird jedoch klar, dass dem Gutachter sehr wohl bewusst gewesen ist, dass bei der



Arbeitsfähigkeitsschätzung die invaliditätsfremden, psychosozialen Faktoren ausgeklammert werden müssen. Der Gutachter hat mit dem letzten Satz der Ziff. 6.2 des Gutachtens also offensichtlich sagen wollen, dass er die vorhandenen psychosozialen Faktoren insoweit bei der Arbeitsfähigkeitsschätzung mitberücksichtigt hat, als er sie eben ausgeklammert hat. Somit kann auf die Einschätzung des psychiatrischen Gutachters, wonach der Beschwerdeführer in einer adaptierten Tätigkeit zu 30 % arbeitsunfähig ist, abgestellt werden. Den Beginn der 30 %igen Arbeitsunfähigkeit hat der Gutachter auf Zeitpunkt des Austritts aus der Klinik E.\_\_\_\_ am 24. Februar 2011 gelegt. Auch diese Einschätzung überzeugt, da im Austrittsbericht vom 1. März 2011 erstmals die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen, genannt worden ist. Für die Zeit des Klinikaufenthalts vom 2. bis 24. Februar 2011 ist eine 100 %ige Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit ausgewiesen.

3.3.4 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer im Februar 2011 aus polydisziplinärer Sicht in jeglicher Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig gewesen ist, da er sich vom 2. bis 24. Februar 2011 in stationärer Behandlung in der Klinik E.\_\_\_\_ befunden hat. Ab 1. März 2011 hat die Arbeitsunfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit in polydisziplinärer Hinsicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit 30 % betragen.

3.4 Zu prüfen bleibt, wann das Wartejahr zu laufen begonnen hat. Dem Beschwerdeführer ist bereits im Rahmen der ersten Medas-Begutachtung im Jahr 2007 in seiner angestammten Tätigkeit eine 100 %ige Arbeitsunfähigkeit attestiert worden. In einer adaptierten Tätigkeit ist die Restarbeitsfähigkeit damals auf 90 % geschätzt worden. Der Beschwerdeführer hätte genügend Zeit gehabt, nach der Rentenabweisungsverfügung im Februar 2008 eine adaptierte Arbeitsstelle zu suchen und anzutreten. Für den Beginn des Wartejahrs ist deshalb nicht die Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Maschinist/Schichtführer relevant, sondern diejenige in einer körperlich adaptierten Tätigkeit. Die einjährige Wartezeit gilt als eröffnet, sobald eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 20 % vorliegt (AHV 1998 S. 124 E. 3c; Urteile des Bundesgerichts vom 21. Oktober 2013, 8C\_174/2013 und 8C\_178/2013 E. 3.2). Die im Gutachten des Jahres 2007 bescheinigte 10 %ige Arbeitsunfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit reicht somit nicht aus, um den Beginn des Wartejahres auszulösen. Das Wartejahr hat daher erst am 1. Februar 2011 zu laufen begonnen. Da



sich der Beschwerdeführer bereits im März 2011 zum Leistungsbezug angemeldet hat, hätte er frühestens ab 1. Februar 2012 Anspruch auf eine IV-Rente.

4.

4.1 Als nächstes ist noch der von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Einkommensvergleich zu überprüfen. Der Beschwerdeführer hat bis März 2000, d.h. vor seiner ersten IV-Anmeldung, als Schichtarbeiter bei C.\_\_ AG gearbeitet (IV-act. 6). In dieser Tätigkeit hat er nur ein unterdurchschnittliches Hilfsarbeitereinkommen erzielt: Gemäss dem IK-Auszug (IV-act. 25) hat der Lohn des Beschwerdeführers im Jahr 1997 Fr. 43'291.-- und im Jahr 1998 Fr. 41'333.-- betragen. Der durchschnittliche Hilfsarbeiterlohn hat sich im Jahr 1998 hingegen auf Fr. 53'649.-- belaufen (siehe Anhang 2 der IVG-Ausgabe der Informationsstelle AHV/IV, Ausgabe 2006). Zuletzt hat der Beschwerdeführer bei der D.\_\_ AG als Maschinist/Schichtführer gearbeitet. Auch hierbei hat es sich um eine Hilfsarbeit gehandelt. Der letzte Arbeitstag ist der 19. Februar 2004 gewesen. Im Jahr 2003 hat der Beschwerdeführer ein Jahreseinkommen von Fr. 55'500.-- erzielt (siehe IK-Auszug). Hierbei handelt es sich um den höchsten, je vom Beschwerdeführer erzielten Lohn. Das durchschnittliche Einkommen eines Hilfsarbeiters hat gemäss der LSE im Jahr 2003 Fr. 57'745.-- betragen. Auf den ersten Blick hat der Beschwerdeführer somit auch im Jahr 2003 nur ein unterdurchschnittliches Hilfsarbeitereinkommen erzielt. Zu beachten ist allerdings, dass die wöchentliche Arbeitszeit im Betrieb 40 Stunden betragen hat, während den Tabellenlöhnen eine wöchentliche Arbeitszeit von 41.7 Stunden zugrunde liegt. Wird das vom Beschwerdeführer tatsächlich erzielte Einkommen im Jahr 2003 auf eine wöchentliche Arbeitszeit von 41.7 aufgerechnet, hätte sein Lohn in diesem Jahr Fr. 57'859.-- betragen, d.h. sein Einkommen hätte praktisch dem damaligen durchschnittlichen Hilfsarbeiterlohn gemäss der LSE entsprochen. Für den Einkommensvergleich sind die im frühestmöglichen Zeitpunkt des Rentenbeginns erzielbaren Einkommen relevant, d.h. vorliegend diejenigen des Jahres 2012. Da der Beschwerdeführer zu diesem Zeitpunkt seit fast zehn Jahren nicht mehr gearbeitet hat und sein Einkommen im Jahr 2003 fast identisch gewesen ist mit dem LSE-Tabellenlohn, hat die Beschwerdegegnerin für die Berechnung des Valideneinkommens zu Recht auf den durchschnittlichen Hilfsarbeiterlohn gemäss der LSE abgestellt.



4.2 Somit bleibt noch die Höhe des Invalideneinkommens zu ermitteln. Ob der Beschwerdeführer je in dem von ihm erlernten Beruf als Elektriker gearbeitet hat, geht aus den Akten nicht hervor. Da er die Lehre vor über 30 Jahren abgeschlossen hat, ist jedoch davon auszugehen, dass er – sollte es sich hierbei überhaupt um eine adaptierte Tätigkeit handeln – seine Restarbeitsfähigkeit in diesem Beruf nicht mehr verwerten kann. Auch die Verwertung der Restarbeitsfähigkeit als Maurer kommt nicht in Betracht, da es sich hierbei nicht um eine rückenadaptierte Tätigkeit handelt. Auch für die Berechnung des Invalideneinkommens ist somit auf den durchschnittlichen Hilfsarbeiterlohn gemäss der LSE abzustellen. Da die Basis für die Berechnung des Validen- und des Invalideneinkommens derselbe Tabellenlohn bildet, kann ein Prozentvergleich vorgenommen werden. Zu prüfen bleibt, ob mit Bezug auf das Invalideneinkommen ein Tabellenlohnabzug vorzunehmen ist. Beim Tabellenlohn handelt es sich um einen statistischen Durchschnittswert. Basis für den Tabellenlohn eines Hilfsarbeiters bilden die in dieser Branche tatsächlich bezahlten Löhne. Die Höhe der tatsächlich bezahlten Löhne hängt von unterschiedlichen betriebswirtschaftlichen bzw. ökonomischen Faktoren ab. Diese Faktoren müssen daher auch bei der Ermittlung des Invalideneinkommens berücksichtigt werden, sofern dafür Tabellenlöhne herangezogen werden. Aufgabe der medizinischen Sachverständigen ist es, die zumutbare Arbeitsleistung aus medizinischer Sicht festzustellen. In der Arbeitsfähigkeitsschätzung werden also nur die direkten Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigungen für die Erwerbsmöglichkeiten berücksichtigt. Denn die medizinischen Sachverständigen verfügen offensichtlich nicht über das Fachwissen, um auch die indirekten, d.h. die ökonomisch-betriebswirtschaftlichen Folgen der Gesundheitsbeeinträchtigung auf die Einkommenshöhe abschätzen zu können. Bei der Ermittlung des Invalideneinkommens sind daher einerseits indirekte krankheitsbedingte Nachteile, andererseits jedoch auch qualifizierende Eigenschaften der versicherten Person, die sich auf die Lohnhöhe auswirken, zu berücksichtigen (vgl. Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St Gallen vom 8. Dezember 2015, IV 2013/118, E. 3.3). Der Beschwerdeführer leidet an einer rezidivierenden depressiven Störung. Eine solche zeichnet sich durch wiederholte depressive Episoden aus (siehe ICD-10: F33). Bei der Einschätzung, dass der Beschwerdeführer an einer leichten bis mittelgradigen Depression leidet, handelt es sich um einen durchschnittlichen Schweregrad, sprich es kann immer wieder zu Exazerbationen kommen, während denen mit Arbeitsausfällen zu



rechnen ist (vgl. S. 6 des psychiatrischen Gutachtens von Dr. J.\_\_\_\_, IV-act. 148-27). Ein potentieller Arbeitgeber wird diesem erhöhten Ausfallrisiko bzw. dem Risiko der dadurch anfallenden zusätzlichen Kosten (Lohnzahlung ohne Arbeitsleistung) dadurch Rechnung tragen, dass er den Beschwerdeführer nur zu einem deutlich unterdurchschnittlichen Lohn einstellt. Lohnerhöhende Eigenschaften sind keine ersichtlich, zumal der Beschwerdeführer bereits im Jahr 2003 lediglich ein durchschnittliches Hilfsarbeitereinkommen erzielt hat. Aufgrund des durch die psychische Beeinträchtigung bedingten erhöhten Kostenrisikos für einen potentiellen Arbeitgeber rechtfertigt sich im vorliegenden Fall ein Tabellenlohnabzug von mindestens 15 %. Bei einem Arbeitsunfähigkeitsgrad von 30 % und einem Tabellenlohnabzug von 15 % beträgt der IV-Grad 40.5 % ( $30 \% + [70 \% \times 0.15]$ ). Der Beschwerdeführer hat folglich ab dem 1. Februar 2012 Anspruch auf eine Viertelsrente.

4.3 Demnach ist die Beschwerde gutzuheissen und dem Beschwerdeführer rückwirkend ab 1. Februar 2012 eine Viertelsrente zuzusprechen. Die Sache ist zur Ermittlung des Rentenbetrags an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

5.

5.1 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend sind sie vollumfänglich der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- ist dem Beschwerdeführer zurückzuerstatten.

5.2 Bei diesem Verfahrensausgang hat der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG). Diese wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b HonO (sGS 963.75) pauschal Fr. 1'000.-- bis Fr. 12'000.--. Praxisgemäss spricht das Versicherungsgericht in einem durchschnittlichen IV-Rentenfall eine



## St.Galler Gerichte

Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- zu. Der Rechtsvertreter hat eine Kostennote über den Betrag von Fr. 3'981.15 eingereicht. Insbesondere unter Berücksichtigung, dass der Rechtsvertreter auf Anfrage des Gerichts im Beschwerdeverfahren weitere ärztliche Berichte eingeholt hat, erscheint der von ihm geltend gemachte Betrag von Fr. 3'981.15 als angemessen. Für die Bemühungen des Rechtsvertreters im Verwaltungsverfahren (vgl. Kostennote vom 18. Juni 2014, act. G 11) besteht kein Vergütungsanspruch. Die Beschwerdegegnerin hat den Beschwerdeführer deshalb mit Fr. 3'981.15 (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen.

### Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

### Antrag

1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung vom 5. September 2013 aufgehoben und dem Beschwerdeführer wird rückwirkend ab dem 1. Februar 2012 eine Viertelsrente zugesprochen; die Sache wird zur Ermittlung des Rentenbetrags an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.

2.

Die Beschwerdegegnerin hat die Gerichtskosten von Fr. 600.-- zu bezahlen; der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird dem Beschwerdeführer zurückerstattet.

3.

Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 3'981.15 zu bezahlen.