



**Fall-Nr.:** IV 2014/113  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 20.09.2019  
**Entscheiddatum:** 16.03.2017

### **Entscheid Versicherungsgericht, 16.03.2017**

**Art. 28 IVG. Beweiskräftiges Gutachten. Da der Versicherte in einer körperlich adaptierten Tätigkeit bei einer Arbeitsfähigkeit von mindestens 90 % ein rentenausschliessendes Einkommen erzielen kann, hat er keinen Anspruch auf eine IV-Rente. Abweisung der Beschwerde (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 16. März 2017, IV 2014/113). Entscheid vom 16. März 2017 Besetzung Vizepräsident Ralph Jöhl, Versicherungsrichterinnen Karin Huber-Studerus und Miriam Lendfers; Gerichtsschreiberin Lea Hilzinger Geschäftsnr. IV 2014/113 Parteien A.\_\_\_, Beschwerdeführer, vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. Kreso Glavas, Advokatur Glavas AG, Haus zur alten Dorfbank, 9313 Muolen, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rente Sachverhalt**

A.

A.a A.\_\_\_ meldete sich erstmals im April 2004 wegen einer Knieverletzung und Rückenschmerzen bei der IV-Stelle des Kantons St. Gallen zum Bezug von IV-Leistungen an (IV-act. 1). Er gab an, in B.\_\_\_ als Goldschmied tätig gewesen zu sein; in der Schweiz habe er eine Anlehre in der Textil-Fabrikation absolviert.

A.b Die C.\_\_\_ AG berichtete am 19. Mai 2004 (IV-act. 9), dass der Versicherte zu 100 % als Schichtmeister Nachtschicht für sie tätig gewesen sei. Sein Jahreslohn habe seit dem 1. Januar 2001 Fr. 65'000.-- betragen (siehe auch IK-Auszug, IV-act. 7). Das seit dem 1. Januar 1989 bestehende Arbeitsverhältnis sei wegen mangelnder Leistung und Fehlverhaltens auf den 31. Dezember 2003 gekündigt worden, wobei die Kündigungsfrist infolge eines Arbeitsunfalls am 25. November 2003 unterbrochen worden sei.



A.c Im Dezember 2005 wurde der Versicherte im Zentrum für Medizinische Begutachtung (ZMB) polydisziplinär (allgemein-internistisch, orthopädisch und psychiatrisch) begutachtet (Gutachten vom 17. Januar 2006, IV-act. 29). Als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gaben die Gutachter ein lumbospondylogenes Syndrom, eine Gonarthrose rechtes Knie, ein cervicospondylogenes Syndrom linksbetont und Schulterschmerzen rechts an. Als Nebendiagnosen nannten sie eine depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode mit somatischem Syndrom und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung im Sinne einer Verschiebung der depressiven Symptomatik auf die somatische Ebene. Der orthopädische Gutachter Dr. med. D.\_\_\_\_ hielt fest, dass die Instabilitätsbeschwerden am rechten Kniegelenk aktuell sowohl subjektiv als auch objektiv weitgehend kompensiert zu sein schienen. Im Vordergrund stünden belastungsabhängige Beschwerden im LWS-Bereich. Die subjektiv angegebenen Beschwerden in diesem Bereich seien im Vergleich zu den objektivierbaren klinischen und radiologischen Befunden übersteigert. Die Schmerzangabe im Nackenbereich korreliere mit den degenerativen Veränderungen der Bildgebung. Die starke Schmerzangabe im Bereich der rechten Schulter mit anamnestisch bestehender Kraftlosigkeit lasse sich nicht eindeutig objektivieren. Die Schulterbeschwerden seien eher als reaktiv bzw. funktionell im Rahmen einer diskreten Impingementsituation zu werten. Aus rein orthopädischer Sicht bestehe für leichte, rückenadaptierte Tätigkeiten ohne Heben und Tragen von Lasten über 10 kg, ohne Zwangshaltungen und mit der Möglichkeit, die Arbeitspositionen mehrfach zu wechseln, eine volle Arbeitsfähigkeit. Der psychiatrische Gutachter Dr. med. E.\_\_\_\_ erklärte, dass die Diskrepanz zwischen den eher bescheidenen somatischen Befunden und dem Ausmass der subjektiv geklagten Beschwerden einer Schmerzfehlverarbeitung zuzuschreiben sei. Es sei anzunehmen, dass der eher einfach strukturierte Versicherte die Einschränkung der rohen Arbeitskraft als existentiell bedrohlich und als Entwertung erlebt und diesen Umstand depressiv verarbeitet habe. Dem Versicherten schein es nicht gegeben zu sein, Gefühle differenziert wahrzunehmen, geschweige denn zu äussern. Aufgrund dieser psychischen Konstellation verwundere es wenig, dass sich die depressive Symptomatik mit der Zeit auf die funktionelle Ebene verlagert habe. Es sei jedoch in aller Deutlichkeit festzuhalten, dass das psychische Leiden keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nach sich ziehe. In polydisziplinärer Sicht schätzten die Gutachter die Arbeitsfähigkeit



## St.Galler Gerichte

in der angestammten Tätigkeit auf 0 % und in einer körperlich adaptierten Tätigkeit auf 100 %.

A.d Mit Verfügung vom 22. November 2006 (IV-act. 67) wies die IV-Stelle das Rentengesuch des Versicherten bei einem IV-Grad von 21 % ab. Das Valideneinkommen bezifferte sie auf Fr. 66'235.-- (Lohn Schichtarbeiter Textilbranche im Jahr 2006), das Invalideneinkommen auf Fr. 52'488.-- (LSE 2006, 100 % Arbeitsfähigkeit, 10 % Tabellenlohnabzug, IV-act. 50-2).

A.e Im März 2011 meldete sich der Versicherte unter Verweis auf Knie- und Rückenbeschwerden erneut bei der IV-Stelle des Kantons St. Gallen zum Bezug von IV-Leistungen an (IV-act. 69). Am 4. April 2011 forderte die IV-Stelle ihn auf, eine relevante Änderung der tatsächlichen Verhältnisse seit Erlass der Rentenabweisungsverfügung glaubhaft zu machen (IV-act. 70). Der Versicherte liess die ihm angesetzte Frist unbenutzt verstreichen, weshalb die IV-Stelle auf die neue Anmeldung nicht eintrat (IV-act. 72).

B.

B.a Am 31. Mai 2012 meldete sich der Versicherte ein weiteres Mal zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (IV-act. 73). Er gab an, er habe seit Mai 2011 in einem Vollpensum als Hilfskoch-Allrounder für die F. \_\_\_ GmbH gearbeitet. Sein Monatslohn habe Fr. 4'500.-- betragen (siehe auch IK-Auszug, IV-act. 86). Seit dem 28. November 2011 sei er zu 100 % arbeitsunfähig. Als gesundheitliche Beeinträchtigungen nannte er Rücken- und Nackenschmerzen. Am 1. Juni 2012 forderte die IV-Stelle den Versicherten auf, eine Veränderung in den tatsächlichen Verhältnissen glaubhaft zu machen (IV-act. 74). Dieser teilte am 14. Juni 2012 mit, dass er wegen einer Operation seit dem 28. November 2011 zu 100 % arbeitsunfähig sei (IV-act. 77). Zudem reichte er ein Arztzeugnis von Dr. med. G. \_\_\_, Neurochirurgie FMH, zuhanden der Krankentaggeldversicherung ein, wonach er seit dem 28. November 2011 als Hilfskoch voll arbeitsunfähig sei. Der letzte Eintrag datierte vom 23. Mai 2012 (IV-act. 78). Die zuständige IV-Sachbearbeiterin notierte am 23. Juni 2012 (IV-act. 80), dass eine Verschlechterung der medizinischen Situation gegenüber der letzten materiellen Prüfung gemäss dem RAD plausibel sei. Aktuell bestehe keine



## St.Galler Gerichte

Arbeitsfähigkeit. Am 17. Juli 2012 informierte die IV-Stelle den Versicherten darüber, dass sie auf die Wiederanmeldung eingetreten sei (IV-act. 89).

B.b Dr. med. H.\_\_\_\_, Allgemeinmedizin FMH, reichte anfangs September 2012 weitere medizinische Unterlagen ein (IV-act. 94). Gemäss dem Austrittsbericht vom 3. März 2010 (IV-act. 94-7 ff.) war der Versicherte am 25. Februar 2010 von Dr. G.\_\_\_\_ in der Klinik I.\_\_\_\_ an der Halswirbelsäule operiert worden (mikrochirurgische vordere Diskektomie und Abtragen der Spondylosis sowie Einsetzen einer Bandscheibenprothese C5/C6). Der postoperative Verlauf sei gut gewesen. Dr. med. J.\_\_\_\_, Orthopädie K.\_\_\_\_, hatte am 23. Juli 2012 erklärt, dass am 11. September 2012 ein arthroskopisches, intraartikuläres Debridement am rechten Knie vorgenommen werde (IV-act. 94-10 f.). RAD-Arzt Dr. med. L.\_\_\_\_ notierte am 26. April 2013 (IV-act. 110), dass mittels einer bidisziplinären Verlaufsbeurteilung (orthopädisch und psychiatrisch) zu klären sei, wie sich die Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit seit dem Jahr 2006 entwickelt habe.

B.c Am 10. Juli 2013 wurde der Versicherte von der Medizinisches Gutachtenzentrum Region St. Gallen GmbH (MGSG) bidisziplinär (orthopädisch und psychiatrisch) begutachtet (Gutachten vom 8. August 2013, IV-act. 115). Als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gaben die Gutachter eine femoropatelläre Chondropathie Grad II bis III (mit Status nach Mikrofrakturierung trochlear 07/2012 sowie vorderer Kreuzbandinsuffizienz nach Ersatzplastik 04/1994 und Chondropathie Grad II bis III des lateralen Tibiaplateaus nach lateraler Teilmeniskektomie 1993, 1999 und 2004 rechts bei reduziertem femorotibialen Alignment) an. Die Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit lauteten:

- Cervicovertebrales Syndrom bei Status nach Implantation einer Bandscheibenprothese C5/C6 02/2010 bei Blockwirbelbildung C6/7
- lumbovertebrales Syndrom
- Senk-/Spreizfüsse
- Adipositas



## St.Galler Gerichte

- chronische depressive Verstimmung (Dysthymie), bestehend seit mindestens 01/2012 (ICD: F34.1)
- anhaltende somatoforme Schmerzstörung, bestehend seit Jahren (F45.4).

Der Versicherte gab anlässlich der Begutachtung an, dass die brennenden Nackenschmerzen seit dem Eingriff im Februar 2010 im Vergleich zum präoperativen Zustand zugenommen hätten und in den Kopf und die Brustwirbelsäule ausstrahlten, wodurch der Nachtschlaf häufig gestört sei. Das Sitzen sei schmerzbedingt auf 30 Minuten und das Laufen auf 45 Minuten limitiert. Beim Bücken sowie beim Heben und Tragen von Lasten verspüre er Schmerzen. Nach der letzten Operation im September 2012 hätten die stechenden Schmerzen medial und lateral im rechten Kniegelenk im Vergleich zum präoperativen Zustand zugenommen. Knien sei rechts schmerzbedingt nicht möglich. Der Gutachter Dr. med. M.\_\_\_\_ führte im orthopädischen Teilgutachten aus, dass das Ausmass der Nackenschmerzen und der subjektiven Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit bei nur geringen abnormen Untersuchungsbefunden der HWS und trotz dem Metallartefakt (normaler MRI-Befund nach Bandscheibenprothesenimplantation C5/C6) nicht nachvollzogen werden könne. Auch das Ausmass der lumbalen Schmerzen habe bei einem fast normalen Untersuchungsbefund der LWS und bei einem altersentsprechend normalen MRI-Befund der LWS nicht plausibilisiert werden können. Die Kniegelenksbeschwerden rechts und die objektiven pathologischen Befunde des rechten Kniegelenks könnten grösstenteils auf die bekannte bikompartimentale Chondropathie und die vordere Kreuzbandinsuffizienz bei einem Zustand nach 6-facher Voroperation zurückgeführt werden. Körperlich schwere Arbeiten, die vorwiegend sitzend oder gehend, insbesondere auf Treppen, Leitern, schrägen Ebenen und auf unebenem Boden ausgeübt werden müssten und die mit häufigen knienden Positionen verbunden seien, könnten dem Versicherten wegen der Knieproblematik nicht mehr vollumfänglich zugemutet werden. Die Beurteilung des ZMB, wonach in der angestammten Tätigkeit keine Arbeitsfähigkeit mehr bestehe, sei nicht nachvollziehbar. Die Beurteilung von Dr. G.\_\_\_\_ vom Dezember 2012 sei widersprüchlich: Einerseits habe er festgehalten, dass es dem Versicherten nicht mehr zumutbar sei, irgendeine Tätigkeit auszuüben. Andererseits habe er erklärt, dass der Versicherte eine wechselbelastende, leichte Tätigkeit während höchstens eineinhalb Stunden ausüben könne. Die Arbeitsfähigkeit



als Küchenhilfe, d.h. einer vorwiegend stehenden und gehenden Tätigkeit, betrage seit dem Zeitpunkt der jetzigen Begutachtung bei einer vollen Stundenpräsenz 60 %. Aus orthopädischer Sicht sei der Versicherte in einer adaptierten, körperlich leichten, abwechslungsweise sitzend und stehend ausgeübten Tätigkeit seit dem Begutachtungszeitpunkt bei voller Stundenpräsenz zu 90 % arbeitsfähig. Rückwirkend könne die Arbeitsfähigkeit nicht eindeutig bestimmt werden, da die jetzigen Diagnosen von denjenigen anlässlich der Begutachtung im Januar 2006 differierten und seither zwei Operationen durchgeführt worden seien. Gegenüber dem psychiatrischen Gutachter Dr. med. N.\_\_\_\_ gab der Versicherte an, dass er manchmal unruhig und aufgeregt sei und zittere, wenn ihn etwas belaste. Er könne nicht mehr arbeiten und mache sich Sorgen und Gedanken darüber, wie es weitergehe. Zudem leide er wegen der Schmerzen unter Schlafstörungen und fühle sich seit der letzten Arthroskopie im September 2012 vermehrt müde. Die Stimmung sei relativ ausgeglichen. Er habe mit Ausnahme von Zukunftsängsten keine wesentlichen Angstzustände. Ab etwa Januar 2012 habe sich sein psychisches Zustandsbild verschlechtert. Davor hätten keine psychischen Probleme bestanden. Dr. N.\_\_\_\_ führte aus, dass der Versicherte seit Jahren an leichten depressiven Stimmungsschwankungen leide. Bei dieser leichten depressiven Störung handle es sich nicht um eine psychische Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer. Der Versicherte verfüge über ausreichende Ressourcen für den Umgang mit den Schmerzen, die mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar erschienen. Auch liessen sich keine weiteren massgebenden Faktoren wie chronische körperliche Begleiterkrankungen (ausgenommen der orthopädisch festgestellten Befunde) erheben und es liege kein ausgewiesener sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens vor. Ein sekundärer Krankheitsgewinn könne bei existentieller Bedrohung aufgrund der Arbeitslosigkeit angenommen werden. Unbefriedigende Behandlungsergebnisse trotz konsequenter Behandlungsbemühungen bei vorhandener Motivation und Eigenverantwortung liessen sich keine erheben. Der Versicherte habe sich bisher keiner psychiatrischen, psychotherapeutischen oder psychosomatischen Behandlung unterzogen. Die therapeutischen Optionen seien also nicht ausgenützt. Da der Versicherte nur an einer leichten depressiven Störung leide, sei von einer zumutbaren Willensanstrengung zur Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit auszugehen. Aufgrund der chronischen depressiven Verstimmung seien die emotionale Belastbarkeit, die geistige Flexibilität,



## St.Galler Gerichte

der Antrieb, die Interessen, die Motivation und die Dauerbelastbarkeit jedoch gering beeinträchtigt. Der Versicherte sei in der angestammten Tätigkeit als Betriebsmitarbeiter/Küchenhilfe wie auch in einer adaptierten Tätigkeit aus psychiatrischer Sicht mindestens seit Januar 2006 zu 100 % arbeitsfähig. RAD-Arzt Dr. L.\_\_\_\_ empfahl am 9. September 2013, auf das MGSG-Gutachten abzustellen (IV-act. 116).

B.d Mit Vorbescheid vom 17. Oktober 2013 stellte die IV-Stelle dem Versicherten bei einem IV-Grad von 10 % die Abweisung des Rentengesuchs in Aussicht (IV-act. 120). Das Valideneinkommen bezifferte sie auf Fr. 61'776.-- (durchschnittliches Einkommen eines Hilfsarbeiters gemäss der LSE 2011). Das Invalideneinkommen berechnete sie ebenfalls anhand des durchschnittlichen Einkommens eines Hilfsarbeiters, wobei sie von einer 90 %igen Arbeitsfähigkeit ausging (IV-act. 117). Dagegen liess der Versicherte am 29. Oktober 2013 (IV-act. 121) einwenden, dass der Rentenabweisungsverfügung vom 14. September 2006 noch ein Valideneinkommen von Fr. 66'235.-- zugrunde gelegen habe. Heute würde er mindestens Fr. 70'000.-- verdienen, wenn er gesund geblieben wäre. Zudem sei das Invalideneinkommen viel zu hoch ausgefallen. Er sei nicht von einem Rückenspezialisten begutachtet worden. Es sei falsch, dass die Gutachter der Rückenproblematik keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beigemessen hätten. Demnach sei eine polydisziplinäre Abklärung notwendig.

B.e RAD-Arzt Dr. L.\_\_\_\_ notierte am 10. Januar 2014 (IV-act. 132), dass Dr. M.\_\_\_\_ die Beschwerden des Versicherten im Bereich des Achsenskeletts detailliert aufgenommen habe. Es sei eine umfassende klinische Untersuchung aller Wirbelsäulenabschnitte erfolgt, die Gesundheitsschäden seien diagnostisch beschrieben und klassifiziert, die entsprechenden Bildgebungen aufgeführt und die Vorbeurteilungen kritisch kommentiert worden. Das geklagte Beschwerdeausmass im Bereich der Wirbelsäule lasse sich durch Untersuchungsbefunde nicht objektivieren. Die anwaltlichen Einwände lieferten keinen Grund, um von der RAD-Stellungnahme vom September 2013 abzurücken.

B.f Mit Verfügung vom 27. Januar 2014 (IV-act. 133) wies die IV-Stelle das Rentengesuch des Versicherten aus den im Vorbescheid angegebenen Gründen ab.



Bezüglich des Einwandes verwies sie auf die RAD-Stellungnahme vom 10. Januar 2014. Ergänzend merkte sie an, dass der Auszug aus dem individuellen Konto zeige, dass der Versicherte seit dem Jahr 2004 häufig arbeitslos gewesen sei. Da der Versicherte die ihm zumutbare Arbeitsfähigkeit in der Vergangenheit nicht verwertet habe, sei es gerechtfertigt, bezüglich des Valideneinkommens auf den Tabellenlohn abzustellen. Im Übrigen würde selbst dann kein Rentenanspruch bestehen, wenn auf das von der Rechtsvertretung genannte Valideneinkommen abgestellt würde.

B.g Am 4. Februar 2014 gingen bei der IV-Stelle diverse Unterlagen der Arbeitslosenkasse ein (IV-act. 139 f.). Dr. G.\_\_\_\_ hatte dem Versicherten von November 2011 bis Januar 2014 eine 100 %ige Arbeitsunfähigkeit bescheinigt. Dr. med. O.\_\_\_\_, Chefarzt der Klinik P.\_\_\_\_, hatte am 1. November 2013 berichtet, dass sich der Versicherte seit dem 21. Oktober 2013 in ambulanter ärztlich-psychotherapeutischer Behandlung befinde (IV-act. 140-8). Vom 11. November bis voraussichtlich 6. Dezember 2013 werde der Versicherte an einer ambulanten psychosomatischen Rehabilitationsbehandlung teilnehmen.

C.

C.a Gegen die Verfügung vom 27. Januar 2014 liess der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer) am 21. Februar 2014 Beschwerde erheben (act. G 1). Sein Rechtsvertreter beantragte die Zusprache mindestens einer halben IV-Rente und die Gewährung beruflicher Eingliederungsmassnahmen. Eventualiter sei vom Gericht eine polydisziplinäre Abklärung in Auftrag zu geben. Ergänzend zur Begründung im Vorbescheidverfahren machte er geltend, dass der Beschwerdeführer aufgrund seiner Knie- und Rückenbeschwerden als Hilfskoch nicht mehr arbeitsfähig sei, da diese Tätigkeit das Heben schwerer Pfannen und Getränke- und Weinharasse, ständiges Stehen und Gehen sowie Kochen in vorgeneigter Stellung beinhalte. Auf das bidisziplinäre Gutachten des MGSG könne nicht abgestellt werden, da der Beschwerdeführer nicht von einem Neurochirurgen oder Rückenspezialisten untersucht worden sei. Dr. M.\_\_\_\_ sei ein Schulterspezialist und habe möglicherweise deshalb insbesondere die Rückenbeschwerden bagatellisiert. Hinzu komme, dass die Impingementsymptomatik der rechten Schulter keinen Eingang in die Beurteilung gefunden habe. Entgegen der Angabe der Gutachter befinde sich der



Beschwerdeführer in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung. Weiter sei der Bericht von Dr. G.\_\_\_\_ vom 4. Dezember 2012 bei der Begutachtung nicht berücksichtigt worden. Die Aussage des psychiatrischen Gutachters, dass keine chronischen körperlichen Begleiterscheinungen mit Ausnahme der orthopädisch feststellbaren Befunde vorlägen, sei nicht nachvollziehbar und widersprüchlich. Insgesamt könne nicht auf das Gutachten des MSGG abgestellt werden. Der Vorwurf, der Beschwerdeführer habe in den letzten Jahren nur kurzfristige Arbeitseinsätze absolviert, zeuge von einer Unkenntnis der Kranken- und Unfallgeschichte. Obwohl der Beschwerdeführer bereits im Jahr 1993 einen Knieunfall erlitten habe, habe er längere Zeit voll gearbeitet. Ab dem Jahr 2004 seien die Beschwerden schlimmer und zahlreicher geworden, bis er schliesslich kein rentenausschliessendes Einkommen mehr habe erzielen können. Der Beschwerde lag unter anderem ein Bericht der Klinik für Orthopädische Chirurgie des Kantonsspitals St. Gallen (KSSG) vom 11. Oktober 2006 bei (act. G 1.1 Beilage 4). Der Beschwerdeführer hatte damals über belastungsabhängige Schulterschmerzen rechts geklagt; beim Heben schwerer Lasten trete im Oberarm ein Ziehen auf. Die Ärzte waren zum Schluss gekommen, dass allenfalls eine milde Impingement-Symptomatik vorliege. Dr. G.\_\_\_\_ hatte der Krankentaggeldversicherung am 4. Dezember 2012 berichtet (act. G 1.1 Beilage 5), dass der Beschwerdeführer vom 1. bis 31. Mai 2010 zu 50 % arbeitsunfähig gewesen sei. Vom 1. Juni 2010 bis 27. November 2011 habe eine volle Arbeitsfähigkeit bestanden. Seit dem 28. November 2011 sei der Beschwerdeführer voll arbeitsunfähig. Aus neurochirurgischer Sicht sei es ihm nicht mehr zumutbar, irgendeine Tätigkeit auszuüben. In Widerspruch dazu hielt Dr. G.\_\_\_\_ im nächsten Abschnitt fest, dass der Beschwerdeführer eine leichte Tätigkeit höchstens eineinhalb Stunden pro Tag ausüben könne.

C.b Die IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) beantragte am 3. April 2014 die Abweisung der Beschwerde (act. G 4). Sie brachte vor, dass das bidisziplinäre Gutachten die von der Rechtsprechung aufgestellten formellen und materiellen Voraussetzungen an ein lege artis abgefasstes, beweiskräftiges Gutachten erfülle. Dr. M.\_\_\_\_ sei als Spezialarzt für Orthopädie kompetent, die im Vordergrund stehenden Knie- und Rückenbeschwerden zu beurteilen. Zudem habe der RAD die Fachrichtungen Orthopädie und Psychiatrie für die Begutachtung vorgesehen. Von einer Bagatellisierung der Rücken- und Kniebeschwerden durch Dr. M.\_\_\_\_ könne keine



Rede sein. Mangels Vorliegens eines entsprechenden Berichts sei nicht ersichtlich, wann die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung begonnen habe. Bei Verfügungserlass hätten noch keine Hinweise darauf bestanden, dass eine solche Behandlung stattfinde. Es fehle an konkreten Anhaltspunkten, die geeignet wären, Zweifel am psychiatrischen Abklärungsergebnis zu wecken.

C.c In seiner Replik vom 12. Juni 2014 (act. G 8) machte der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers ergänzend geltend, allein die Tatsache, dass die erste Begutachtung polydisziplinär gewesen sei, zeige, dass bei der aktuellen bidisziplinären Begutachtung nicht alle medizinischen Aspekte berücksichtigt worden seien. Bevor über die Rente entschieden werde, seien die Ergebnisse der aktuellen Wiedereingliederungsbemühungen abzuwarten. Der Rechtsvertreter verlangte, dass bei der Klinik P.\_\_\_\_ ein Verlaufsbericht eingeholt werde. Der Replik lagen zwei Arztzeugnisse bei. Dr. G.\_\_\_\_ hatte dem Beschwerdeführer am 28. Mai 2014 für den Monat Juni 2014 eine 50 %ige Arbeitsunfähigkeit bescheinigt (act. G 8.1). Gleich hoch lautete die Arbeitsfähigkeitsschätzung von Dr. O.\_\_\_\_ für die Zeit vom 16. Mai bis 13. Juni 2014 (Attest vom 6. Juni 2014, act. G 8.2).

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

C.e Am 24. Februar 2015 reichte die Beschwerdegegnerin eine Kopie einer Verfügung vom 24. Februar 2015 ein (act. G 12), mit welcher das Gesuch des Beschwerdeführers um berufliche Eingliederungsmassnahmen abgewiesen worden war, weil es trotz der Bemühungen und Unterstützung seit Juni 2014 nicht gelungen sei, ihn in den Arbeitsmarkt zu integrieren.

C.f Am 11. August 2016 forderte das Gericht die Beschwerdegegnerin auf, die seit Verfügungserlass aufgelaufenen IV-Akten einzureichen (act. G 14). Die eingeforderten Akten gingen am 22. August 2016 beim Gericht ein (act. G 15). Sie enthielten u.a. einen Bericht vom 6. Oktober 2014 über einen Arbeitsversuch in der Q.\_\_\_\_ (act. G 15.1.1). Der Einsatz hatte vom 22. April bis 21. Oktober 2014 gedauert; der Beschwerdeführer habe das Einsatzprogramm mit einem Beschäftigungsgrad von 50 % begonnen und ab dem 8. August 2014 auf 80 % gesteigert. Der Projektleiter war zum Schluss gekommen, dass eine Tätigkeit im Umfang von 80 % auf dem ersten Arbeitsmarkt



## St.Galler Gerichte

nicht realistisch sei, weil der Leistungsgrad des Beschwerdeführers lediglich ungefähr 40 % betragen habe.

C.g Ebenfalls am 11. August 2016 forderte das Gericht den behandelnden Psychiater Dr. O. \_\_\_ auf, mitzuteilen, ob sich der psychische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit Behandlungsbeginn am 21. Oktober 2013 verändert und wie sich die Arbeitsfähigkeit seit Behandlungsbeginn entwickelt habe (act. G 13). Trotz zweimaliger Erinnerung (act. G 16, 18) und der Aufforderung des Rechtsvertreters, Dr. O. \_\_\_ um die Einreichung eines Berichts zu ersuchen (act. G 19), ging beim Gericht nie eine Antwort auf die Anfrage ein.

C.h Am 3. Februar 2017 reichte der Beschwerdeführer diverse Unterlagen ein, darunter auch einen Bericht der Klinik P. \_\_\_ über eine ambulante Rehabilitationsbehandlung vom 25. November bis 20. Dezember 2013 (act. G 24.2). Dr. O. \_\_\_ hatte am 24. Juni 2014 berichtet, dass der Beschwerdeführer an einer mittelgradigen bis schweren depressiven Episode im Rahmen einer atypischen Depression (F32.8) leide. Beim Erstgespräch habe sich im Bereich des formalen Denkens eine leichte Einengung auf die gegenwärtige persönlich-soziale Situation, einhergehend mit Grübeltendenz, gezeigt. Im Bereich der Affektivität habe der Beschwerdeführer affektarm und mittelgradig deprimiert gewirkt. Es habe eine deutliche Antriebsarmut bestanden. Im Rahmen der Gesprächspsychotherapie habe die jahrelang anhaltende Ängstlichkeit im Vordergrund gestanden, die auf eine sehr schwierige Kindheit und Angsterfahrung im Elternhaus zurückzuführen sei. Dank der vielen intellektuellen Ressourcen sei es dem Beschwerdeführer gelungen, den sozialen Anforderungen jahrelang gerecht zu werden, wobei der Verlust der Arbeitsstelle vor über zehn Jahren die Ängstlichkeit verstärkt habe; seither habe er nie mehr innerlich frei und ohne Sorgen gelebt. Die therapeutischen Massnahmen hätten zur Verbesserung der depressiven Symptomatik, zur Verbesserung der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit sowie zum deutlichen Abbau der Vermeidungshaltung geführt.

## Erwägungen

1.



## St.Galler Gerichte

1.1 Der Beschwerdeführer hatte sich erstmals im April 2004 zum Bezug von IV-Leistungen angemeldet. Mit Verfügung vom 22. November 2006 hatte die Beschwerdegegnerin einen Rentenanspruch bei einem IV-Grad von 21 % verneint. Diese Verfügung war in Rechtskraft erwachsen. Bei der Anmeldung vom Mai 2012 handelt es sich somit um eine sog. Neuanmeldung.

1.2 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, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Der Beschwerdeführer hat geltend gemacht, seit einer Operation am 28. November 2011 voll arbeitsunfähig zu sein. Gleichzeitig hat er ein Arzteugnis des Neurochirurgen Dr. G.\_\_\_\_ zuhanden der Krankentaggeldversicherung eingereicht, gemäss welchem er in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Hilfskoch seit dem 28. November 2011 zu 100 % arbeitsunfähig sei; der letzte Eintrag datiert vom 23. Mai 2012. Damit hat der Beschwerdeführer eine erhebliche gesundheitliche Verschlechterung glaubhaft gemacht. Die Beschwerdegegnerin ist daher zu Recht auf die Neuanmeldung eingetreten.

2.

2.1 Der Beschwerdeführer hat sich im Mai 2012 zum Leistungsbezug angemeldet. Da gemäss Art. 29 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) ein Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach dessen Geltendmachung entsteht, ist nachfolgend ein Rentenanspruch ab 1. November 2012 zu prüfen.

2.2 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 % arbeitsunfähig gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (Art. 28 Abs. 1 IVG). Invalidität ist gemäss Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) 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 ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG).

2.3 Gemäss Art. 28a Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 16 ATSG ist der Invaliditätsgrad 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).

3.

3.1 Um das Invalideneinkommen und damit den IV-Grad festlegen zu können, muss die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit feststehen.

3.2 In somatischer Hinsicht beklagt der Beschwerdeführer insbesondere Nackenschmerzen mit Ausstrahlung in den Kopf und in die Brustwirbelsäule, Schmerzen im rechten Kniegelenk und lumbale Schmerzen. Der orthopädische Gutachter Dr. M.\_\_\_\_ hat ausgeführt, dass das Ausmass der Nackenschmerzen trotz des Metallartefakts nicht nachvollziehbar sei. Aufgrund des fast normalen Untersuchungsbefundes der LWS und einem altersentsprechend normalen MRI-Befund könne auch das Ausmass der lumbalen Schmerzen nicht erklärt werden. Demgegenüber hat Dr. M.\_\_\_\_ die Kniegelenksbeschwerden rechts aufgrund der bekannten bikompartimentalen Chondropathie und der vorderen Kreuzbandinsuffizienz bei einem Zustand nach 6-facher Voroperation als plausibel erachtet. Die Arbeitsfähigkeit als Küchenhilfe, bei der es sich um eine stehende und gehende Tätigkeit gehandelt habe, sei dem Beschwerdeführer wegen der Knieproblematik



lediglich noch zu 60 % zumutbar. In einer adaptierten, körperlich leichten Tätigkeit bestehe demgegenüber eine 90 %ige Arbeitsfähigkeit.

3.2.1 Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat geltend gemacht, allein die Tatsache, dass die erste Begutachtung polydisziplinär gewesen sei, zeige, dass bei der aktuellen bidisziplinären Begutachtung nicht alle medizinischen Aspekte berücksichtigt worden seien. Bei der ersten Begutachtung im Dezember 2005 durch das ZMB war neben der orthopädischen und psychiatrischen tatsächlich eine allgemein-internistische Untersuchung durchgeführt worden. Diese hatte allerdings keine invalidisierenden Diagnosen ergeben (IV-act. 29-12). Im Rahmen der IV-Anmeldung vom Mai 2012 hat der Beschwerdeführer wiederum Rücken-, Nacken- und Kniegelenksbeschwerden rechts beklagt. Da keine gesundheitlichen Beeinträchtigungen zur Diskussion gestanden haben, die dem internistischen Fachgebiet zuzuordnen gewesen wären, ist nicht zu bemängeln, dass die Beschwerdegegnerin lediglich eine bidisziplinäre (orthopädische und psychiatrische) Verlaufsbeurteilung als notwendig erachtet und in Auftrag gegeben hat.

3.2.2 Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat zudem vorgebracht, dass Dr. M.\_\_\_\_ ein Schulter spezialist sei und möglicherweise deshalb insbesondere die Rückenbeschwerden bagatellisiert habe. Dr. M.\_\_\_\_ verfügt über den Facharzt titel Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates ([www.doctorfmh.ch](http://www.doctorfmh.ch), besucht am 17. Februar 2017). Das Fachgebiet der Orthopädie erkennt und behandelt die Funktionsstörungen des muskulo-skelettären Systems, zu dem der Stützapparat (Knochenskelett mit Gelenken und Bändern), die Bewegungsmotoren (quer gestreifte Muskulatur mit zugehörigen Sehnen) und der Steuermechanismus (Nervensystem mit motorischen, sensiblen und zentralen Anteilen sowie die dazugehörigen Gefässe und die Haut) gehören. Der Bewegungsapparat ist in drei Systeme gegliedert, das Achsenskelett (Wirbelsäule und Becken), die unteren Extremitäten (Beine) und die oberen Extremitäten (Arme und Hände; ALFRED M. DEBRUNNER, Orthopädie, Orthopädische Chirurgie, 4. Auflage, Bern 2002, S. 26). Auch wenn sich Dr. M.\_\_\_\_ im Verlauf seines beruflichen Werdeganges also nicht auf Funktionsstörungen der Wirbelsäule spezialisiert hat, so verfügt er aufgrund seiner Facharztausbildung dennoch über das notwendige Fachwissen, um Funktionsstörungen der Wirbelsäule zu erkennen und beurteilen zu können. Der



Einwand des Rechtsvertreters ist somit nicht stichhaltig. Dr. M.\_\_\_\_ hat bei der klinischen Untersuchung der LWS einen fast normalen Befund erhoben. Die aktuellen bildgebenden Befunde der LWS vom 10./22. Juli 2013 (siehe IV-act. 115-9 f.) hat er zudem als altersentsprechend interpretiert. Die Einschätzung von Dr. M.\_\_\_\_, dass die geltend gemachten lumbalen Beschwerden aus somatischer Sicht keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit haben, überzeugt daher.

3.2.3 Der Rechtsvertreter hat weiter moniert, dass die Impingement-Symptomatik der rechten Schulter keinen Eingang in die Beurteilung von Dr. M.\_\_\_\_ gefunden habe. Die Schulterbeschwerden rechts werden im Gutachten – ausser im Aktenauszug – tatsächlich nicht erwähnt. Aus dem Gutachten geht allerdings auch nicht hervor, dass der Beschwerdeführer anlässlich der aktuellen Begutachtung über Schulterbeschwerden geklagt hätte. Dr. M.\_\_\_\_ hat die Schultern klinisch untersucht (IV-act. 115-9). Hätte der Beschwerdeführer bei dieser Untersuchung Schmerzen verspürt oder wäre die Schulterbeweglichkeit eingeschränkt gewesen, hätte Dr. M.\_\_\_\_ dies in seinem Gutachten vermerkt und diskutiert. Im Übrigen sind bei der ersten Begutachtung im Dezember 2005 lediglich diskrete subacromiale Impingement-Zeichen festgestellt worden. Die starke Schmerzangabe im Bereich der rechten Schulter hat sich damals nicht eindeutig objektivieren lassen. Einen quantitativen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ist der Impingement-Symptomatik damals nicht beigemessen worden (IV-act. 29-14 f.). Im Oktober 2006 ist die Schulterproblematik noch einmal durch die Klinik für Orthopädische Chirurgie des KSSG untersucht worden (IV-act. 64-4 f.). Die Ärzte sind in Übereinstimmung mit den Gutachtern des ZMB davon ausgegangen, dass allenfalls eine milde Impingement-Symptomatik vorliege. Der Beschwerdeführer hatte damals insbesondere über ein Ziehen im Oberarm beim Heben schwerer Lasten geklagt. Diese Einschränkung ist insoweit irrelevant, als dem Beschwerdeführer körperlich schwere Tätigkeiten unbestrittenermassen ohnehin nicht mehr zumutbar sind. Somit steht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit fest, dass der Beschwerdeführer wegen allfälliger Schulterbeschwerden in einer körperlich adaptierten Tätigkeit in seiner Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt ist.

3.2.4 Der Rechtsvertreter hat sodann argumentiert, dass der Bericht von Dr. G.\_\_\_\_ vom 4. Dezember 2012 (act. G 1.1 Beilage 5) bei der Begutachtung nicht berücksichtigt worden sei. Der Bericht von Dr. G.\_\_\_\_ hat Dr. M.\_\_\_\_ vorgelegen (siehe IV-act. 115-4).



Entgegen der Behauptung des Rechtsvertreters hat sich Dr. M.\_\_\_\_ auch mit der Beurteilung von Dr. G.\_\_\_\_ auseinandergesetzt. Er hat nämlich festgehalten, dass die Beurteilung von Dr. G.\_\_\_\_ widersprüchlich sei: Während er zunächst angegeben habe, dass es dem Beschwerdeführer nicht mehr zumutbar sei, irgendeine Tätigkeit auszuüben, habe er später erklärt, dass der Beschwerdeführer eine leidensangepasste Tätigkeit während höchstens eineinhalb Stunden verrichten könne. Hierbei handelt es sich nicht um den einzigen Widerspruch in den Arbeitsfähigkeitsschätzungen von Dr. G.\_\_\_\_. Während er im Dezember 2012 sinngemäss die Wiedererlangung einer relevanten Arbeitsfähigkeit verneint hat, hat er dem Beschwerdeführer später wieder eine 50 %ige Arbeitsfähigkeit attestiert (vgl. z.B. act. G 8.1). Hinzu kommt, dass die Angaben von Dr. G.\_\_\_\_ im Bericht vom 4. Dezember 2012 darauf hindeuten, dass er nicht nur die objektivierbaren Beschwerden, sondern auch die rein subjektiven, nicht auf ein organisches Korrelat zurückführbaren Beschwerden in seiner Arbeitsfähigkeitsschätzung berücksichtigt hat. Schliesslich ist auch der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass Hausärzte und behandelnde Spezialärzte mitunter wegen ihrer auftragsrechtlichen Vertrauensstellung im Zweifel eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 5. April 2004, I 814/03 E. 2.4.2). Die Arbeitsfähigkeitsschätzungen von Dr. G.\_\_\_\_ vermögen daher keine Zweifel an der Einschätzung von Dr. M.\_\_\_\_ zu wecken.

3.2.5 Der Rechtsvertreter hat ausserdem geltend gemacht, dass der Beschwerdeführer wegen seiner Knie- und Rückenbeschwerden als Hilfskoch nicht mehr arbeitsfähig sei. Ob der Beschwerdeführer in dieser Tätigkeit noch teilweise arbeitsfähig ist, ist nicht von Relevanz. Der Beschwerdeführer hat diese Tätigkeit lediglich acht Monate lang im Jahr 2011 ausgeübt (IV-act. 26 Dossier 2, act. G 15.1). Zum damaligen Zeitpunkt ist die Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit, nämlich jener als Schichtmeister in einem Textilunternehmen, bereits eingetreten gewesen (siehe ZMB-Gutachten vom 17. Januar 2006). Bei der Tätigkeit als Schichtführer ist der Beschwerdeführer viel auf den Beinen gewesen (siehe Suva-Bericht vom 26. April 2004, Fremdakten, nicht nummeriert). Eine vorwiegend gehende Tätigkeit ist dem Beschwerdeführer gemäss Dr. M.\_\_\_\_ aufgrund der Kniebeschwerden jedoch nicht mehr zumutbar (IV-act. 115-35). In der angestammten Tätigkeit als



Schichtführer in einem Textilunternehmen ist der Beschwerdeführer aus somatischer Sicht daher mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht mehr arbeitsfähig.

3.2.6 Dr. M.\_\_\_\_ hat den Nackenbeschwerden keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beigemessen. Angesichts der nur geringen abnormen Untersuchungsbefunde der HWS (IV-act. 115-8) und des regelrechten Ergebnisses des operativen Eingriffs (siehe Röntgenbefunde vom 10. Juli 2013, IV-act. 115-9) überzeugt die Einschätzung, dass der Beschwerdeführer in einer körperlich leichten Tätigkeit wegen der Nackenbeschwerden in seiner Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt ist.

3.2.7 Dr. M.\_\_\_\_ hat dem Beschwerdeführer wegen der Kniegelenksbeschwerden rechts eine 10 %ige Arbeitsunfähigkeit (bei voller Stundenpräsenz) bescheinigt. Dr. M.\_\_\_\_ hat weder begründet, weshalb neben den qualitativen Einschränkungen eine 10 %ige Arbeitsunfähigkeit in quantitativer Hinsicht besteht, noch ob die Arbeitsunfähigkeit auf die Notwendigkeit vermehrter Pausen oder auf eine Verlangsamung zurückzuführen ist. Ob aus somatischer Sicht in einer adaptierten Tätigkeit eine 10 %ige Arbeitsunfähigkeit besteht oder nicht, kann jedoch offen gelassen werden, da dies, wie nachfolgend aufzuzeigen sein wird, für den Rentenanspruch nicht entscheidend ist.

3.2.8 Der Beschwerdeführer hat im Rahmen eines (nach Verfügungserlass durchgeführten) Arbeitsversuchs bei einem Arbeitspensum von 80 % lediglich eine ungefähr 40 %ige Leistung erbracht. Welche Leistung eine versicherte Person anlässlich eines Arbeitsversuchs erbringt, wird wesentlich durch subjektive Faktoren wie die empfundenen Schmerzen, die Motivation und die Willenskraft bestimmt. Im vorliegenden Fall kommt erschwerend hinzu, dass sich eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung gerade dadurch auszeichnet, dass die subjektive Leistungsfähigkeit und die aus objektiver Sicht erbringbare Arbeitsleistung stark differieren. Die im Arbeitsversuch gezeigte, stark verminderte Leistungsfähigkeit vermag daher keine Zweifel an der gutachterlichen Arbeitsfähigkeitsschätzung zu wecken.

3.2.9 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass auf das Gutachten von Dr. M.\_\_\_\_ abzustellen ist. Die angestammte Tätigkeit als Schichtführer ist dem Beschwerdeführer nicht mehr zumutbar. In einer körperlich adaptierten Tätigkeit ist er hingegen zu



höchstens 10 % arbeitsunfähig. Dr. M.\_\_\_\_ hat erklärt, dass seine Arbeitsfähigkeitsschätzung ab dem Begutachtungszeitpunkt (Juli 2013) gelte, da er die rückwirkende Arbeitsfähigkeit nicht eindeutig bestimmen könne (IV-act. 115-35). Gestützt auf das Gutachten des ZMB und die rechtskräftige Rentenabweisungsverfügung vom 22. November 2006 steht fest, dass der Beschwerdeführer in einer körperlich adaptierten Tätigkeit bis November 2006 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit voll arbeitsfähig gewesen ist. Im Februar 2010 ist er an der Halswirbelsäule operiert worden. Diese Operation hat gemäss Dr. M.\_\_\_\_ jedoch nicht zu einer längerfristigen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit geführt. Im September 2012 hat sich der Beschwerdeführer einem arthroskopischen, intraartikulären Debridement am rechten Knie unterzogen. Auch dieser Eingriff hat mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nur eine vorübergehende höhere Arbeitsunfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit zur Folge gehabt. Demzufolge ist auch für die Zeit vor der Begutachtung (d.h. ab Beginn des potentiellen Wartjahres am 1. November 2011) auf die Arbeitsfähigkeitsschätzung von Dr. M.\_\_\_\_ abzustellen.

3.3 In psychiatrischer Hinsicht liegt das Teilgutachten von Dr. N.\_\_\_\_ im Recht. Dieser hat als psychiatrische Diagnosen eine chronische depressive Verstimmung (Dysthymie) und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung angegeben, diesen jedoch keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beigemessen.

3.3.1 Die Diagnose einer Dysthymie überzeugt angesichts der geringen pathologischen Befunde, die Dr. N.\_\_\_\_ erhoben hat (ausgeglichene bis leicht bedrückte Stimmungslage, überwiegend gut mitschwingend, teils etwas vermindert mitschwingend und klagsam, psychomotorisch und im Antrieb unauffällig, intakte Auffassung, Aufmerksamkeit, Konzentrationsfähigkeit, keine Hinweise für Gedächtnisstörungen, keine formalen oder inhaltlichen Denkstörungen, negativistische Einengung auf die Beschwerden und die soziale Situation, äussert mangelnde Zukunftsperspektiven, keine Angstsymptome, IV-act. 115-49). Nach dem Erlass des negativen Vorbescheids im Oktober 2013 hat sich der Beschwerdeführer erstmals in psychiatrische Behandlung begeben. Das Gericht hat Dr. O.\_\_\_\_ mehrfach vergeblich aufgefordert, Auskunft über den psychischen Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit während der Dauer der Behandlung zu geben. Nachdem der



Beschwerdeführer einen Bericht von Dr. O.\_\_\_\_ vom 24. April 2014 über eine einmonatige ambulante Rehabilitationsbehandlung (November bis Dezember 2013) eingereicht hatte, ist die Beantwortung der Fragen vom 11. August 2016 obsolet geworden. Dr. O.\_\_\_\_ hat dem Beschwerdeführer damals eine mittelgradige bis schwere depressive Episode im Rahmen einer atypischen Depression (F32.8) diagnostiziert. Dr. O.\_\_\_\_ hat ausgeführt, dass sich die im Vordergrund stehende Ängstlichkeit durch den Verlust der Arbeitsstelle vor über zehn Jahren verstärkt habe und der Beschwerdeführer seither nie mehr innerlich frei und ohne Sorgen gelebt habe. Aus dem Bericht von Dr. O.\_\_\_\_ geht nicht hervor, dass sich die depressive Symptomatik zwischen der Begutachtung (Juli 2013) und dem Rehabilitationsaufenthalt verschlechtert hätte. Der Beschwerdeführer hat gegenüber Dr. N.\_\_\_\_ und Dr. O.\_\_\_\_ weitgehend über dieselben Beschwerden berichtet (innere Unruhe, Anspannung/ Nervosität, Schlafstörungen, Zukunftssorgen). Auch die von Dr. N.\_\_\_\_ und Dr. O.\_\_\_\_ erhobenen Befunde unterscheiden sich nicht wesentlich; als zusätzliche Symptome hat Dr. O.\_\_\_\_ lediglich eine deutliche Antriebsarmut (Dr. N.\_\_\_\_: Im Antrieb unauffällig) und eine mittelgradige Deprimiertheit (Dr. N.\_\_\_\_: leicht bedrückte Stimmungslage) erwähnt. Der Antrieb ist ein vitaler Impuls, der sich in Trieb, Wollen und Motorik auswirkt (Roche Lexikon Medizin, 5. Auflage, München 2003, S. 101). Da Dr. O.\_\_\_\_ nicht angegeben hat, dass die Psychomotorik des Beschwerdeführers beeinträchtigt gewesen sei, muss davon ausgegangen werden, dass die beschriebene deutlichen Antriebsarmut lediglich auf der Aussage des Beschwerdeführers beruht, dass ihm der Antrieb und die Lust fehle, positive Dinge zu unternehmen (S. 2 des Berichts von Dr. O.\_\_\_\_). Aus dem Bericht von Dr. O.\_\_\_\_ geht auch nicht hervor, woraus er eine mittelgradige Deprimiertheit hergeleitet hat. Entscheidend ist jedoch, dass Beschwerdeführer gegenüber Dr. N.\_\_\_\_ und Dr. O.\_\_\_\_ im Wesentlichen die gleichen Beschwerden angegeben hat und dass nichts im Bericht von Dr. O.\_\_\_\_ darauf hindeutet, dass zwischen der Begutachtung durch Dr. N.\_\_\_\_ und der ambulanten Rehabilitationsbehandlung von November bis Dezember 2013 eine psychische Verschlechterung eingetreten wäre. Demzufolge kann davon ausgegangen werden, dass sich der psychische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers zwischen der Begutachtung (Juli 2013) und dem Verfügungserlass (Januar 2014) nicht wesentlich verschlechtert hat; die Einschätzung von Dr. O.\_\_\_\_ ist also als andere Einschätzung des im wesentlichen gleichen Sachverhalts zu bewerten. Das Attest von Dr. O.\_\_\_\_ vom 6.



Juni 2014, wonach der Beschwerdeführer vom 16. Mai bis 13. Juni 2014 zu 50 % arbeitsunfähig gewesen sei (act. G 8.2), betrifft einen Zeitraum nach Verfügungserlass (27. Januar 2014). Da für das vorliegende Verfahren nur der Gesundheitszustand resp. die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers bis zum Verfügungserlass entscheidend ist und das Attest somit nichts über die Arbeitsfähigkeit bis und mit Verfügungserlass aussagt, hat es keinen Beweiswert. Demnach ist auf die Einschätzung von Dr. N.\_\_\_\_ abzustellen, wonach der Beschwerdeführer an einer Dysthymie ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit leidet.

3.3.2 Zu prüfen bleibt, ob Dr. N.\_\_\_\_ der Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung zu Recht keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beigemessen hat. Mit BGE 141 V 281 vom 3. Juni 2015 hat das Bundesgericht seine Praxis zur Beurteilung des Anspruchs auf eine Invalidenrente wegen somatoformer Schmerzstörungen und vergleichbarer psychosomatischer Leiden geändert (vgl. z.B. IV-Rundschreiben Nr. 334). Nach dem alten Verfahrensstandard eingeholte Gutachten haben durch die Praxisänderung jedoch nicht per se ihren Beweiswert verloren. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält. In jedem einzelnen Fall ist zu prüfen, ob die beigezogenen administrativen und/oder gerichtlichen Sachverständigengutachten – gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten – eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht (BGE 141 V 281 E. 8).

3.3.3 Das Bundesgericht hat mit BGE 141 V 281 die bisherige Vermutung, dass der versicherten Person eine Willensanstrengung zuzumuten sei, mit welcher die Folgen einer somatoformen Schmerzstörung oder eines vergleichbaren psychosomatischen Leidens überwunden werden könnten, aufgegeben. Neu muss eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung anhand eines Kataloges von Indikatoren des tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens erfolgen. Die Handhabung des Katalogs muss stets den Umständen des Einzelfalls gerecht werden; es handelt sich nicht um eine "abhakbare Checkliste". Die im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren sind:

1. Funktioneller Schweregrad:



## St.Galler Gerichte

- Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome;
- Behandlungserfolg oder -resistenz;
- Komorbiditäten;
- "Persönlichkeit" (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen);
- sozialer Kontext.

### 2. Konsistenz (Gesichtspunkte des Verhaltens):

- Gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (sozialer Rückzug, Ressourcen);
- Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen;
- Verhalten im Rahmen der beruflichen (Selbst-)Eingliederung.

Der Beschwerdeführer hat anlässlich der Begutachtung über (somatisch in ihrem Ausmass nicht erklärbare) Nackenschmerzen mit Ausstrahlung in den Kopf und in die Brustwirbelsäule und lumbale Schmerzen geklagt. Durch die Schmerzen sei der Nachtschlaf häufig gestört, das Sitzen auf 30 Minuten und das Laufen auf 45 Minuten limitiert. Das Bücken sowie das Heben und Tragen von Lasten seien dolent. Schmerzmittel würden bei Bedarf eingenommen. Der Beschwerdeführer hat einen wenig aktiven Tagesablauf beschrieben: Vormittags und nachmittags gehe er kurz spazieren, ansonsten halte er sich meistens in der Wohnung auf und lese etwas oder sehe fern. Daneben besuche er die Therapien. Zudem besuche er öfters seine Angehörigen (IV-act. 115-27). Ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens liegt nicht vor; der Beschwerdeführer verfügt über normale Kontakte (IV-act. 115-27). Insgesamt erscheint die Ausprägung der Schmerzen weder gering noch erheblich, also etwa mittelgradig. Der Beschwerdeführer hat im Zeitpunkt der Begutachtung noch nie in psychotherapeutischer, psychiatrischer oder psychosomatischer Behandlung gestanden. Von einer Behandlungsresistenz kann daher keine Rede sein.



Pathologische Persönlichkeitszüge sind keine vorhanden. Der Beschwerdeführer ist verheiratet und es haben sich anlässlich der Begutachtung keine Partnerprobleme oder familiären Probleme erheben lassen (IV-act. 115-25). Als Komorbiditäten können die Kniegelenksbeschwerden rechts und die Dysthymie genannt werden, wobei es sich von der Ausprägung her nicht um Komorbiditäten von erheblicher Schwere handelt. Ein sekundärer Krankheitsgewinn liegt gemäss Dr. N.\_\_\_\_ insoweit vor, als sich der Beschwerdeführer aufgrund der Arbeitslosigkeit in seiner Existenz bedroht sehe. Wie bereits erwähnt, hat der Beschwerdeführer bis zum Begutachtungszeitpunkt nie eine spezifische Therapie zur Behandlung der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung absolviert, obwohl diese bereits vor Jahren diagnostiziert worden ist. Zudem haben die Gutachter eine mangelnde Motivation hinsichtlich einer beruflichen Wiedereingliederung festgestellt (IV-act. 115-13). Unter Berücksichtigung aller Umstände ist mit Dr. N.\_\_\_\_ davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer über ausreichende Ressourcen für den Umgang mit den Schmerzen verfügt und in der Lage ist, die (organisch nicht begründbaren) Schmerzen willentlich zu überwinden und – aus rein psychiatrischer Sicht – einer vollen Erwerbstätigkeit in einer körperlich adaptierten Tätigkeit nachzugehen. Der Beschwerdeführer ist daher in psychiatrischer Hinsicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt. Diese Einschätzung gilt gemäss Dr. N.\_\_\_\_ rückwirkend ab der letzten Begutachtung, d.h. seit Anfang 2006 (IV-act. 115-29).

3.4 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit als Schichtführer in einem Textilunternehmen nicht mehr arbeitsfähig ist. In einer körperlich adaptierten Tätigkeit besteht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine mindestens 90 %ige Arbeitsfähigkeit.

4.

4.1 Somit bleibt noch der von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Einkommensvergleich zu überprüfen. Die Beschwerdegegnerin ist beim Validen- wie auch beim Invalideneinkommen von Tabellenlöhnen ausgegangen und hat einen Prozentvergleich vorgenommen. Sie hat also unberücksichtigt gelassen, dass der Beschwerdeführer bis ins Jahr 2003 als Schichtmeister in einem Textilunternehmen tätig gewesen ist. In dieser Tätigkeit hat er einen überdurchschnittlichen



Hilfsarbeiterlohn verdient (im Jahr 2003 Fr. 65'000.--). Zwar ist die Kündigung gemäss der Arbeitgeberin nicht krankheitshalber, sondern wegen mangelnder Leistung und Fehlverhaltens seitens des Beschwerdeführers erfolgt. Die Validenkariere entspricht jedoch unabhängig vom Kündigungsgrund der Arbeit als Schichtmeister in einem Textilunternehmen: Wäre der Beschwerdeführer nämlich in der Tätigkeit als Schichtmeister nicht arbeitsunfähig geworden, hätte er sich wieder um eine Arbeitsstelle als Schichtmeister bemüht und eine solche auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt auch gefunden. Die Tätigkeit als Hilfskoch hat er erst zu einem Zeitpunkt angenommen, als er in seiner angestammten Tätigkeit als Schichtmeister bereits arbeitsunfähig gewesen ist; es hat sich hierbei also um einen Versuch gehandelt, sich selber wieder einzugliedern. Die Validenkariere entspricht somit der Arbeit als Schichtmeister in einem Textilunternehmen. Das Validen- und Invalideneinkommen sind anhand der Einkommenszahlen des Jahres des frühestmöglichen Rentenbeginns zu berechnen, d.h. des Jahres 2012. Angepasst an die Nominallohnentwicklung hätte der Beschwerdeführer als Schichtführer im Jahr 2012 einen Jahreslohn von Fr. 72'635.-- erzielt (Lohnentwicklung 2012 des Bundesamtes für Statistik, T39, Männer; Fr. 65'000.-- x 2188 / 1958). Das Valideneinkommen beträgt folglich Fr. 72'635.--. Für die Ermittlung des Invalideneinkommens hat die Beschwerdegegnerin zu Recht auf Tabellenlöhne abgestellt. Der durchschnittliche Lohn eines Hilfsarbeiters hat im Jahr 2012, angepasst an die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41.7 Stunden, Fr. 65'177.-- betragen (Anhang 2 der IVG-Ausgabe der Informationsstelle AHV/IV, Ausgabe 2015). Bei einer Arbeitsfähigkeit von 90 % beträgt das Invalideneinkommen noch Fr. 58'659.--. Ob ein Tabellenlohnabzug von 10 oder 15 % angemessen ist, kann offen gelassen werden, da der Beschwerdeführer auch bei einem Tabellenlohnabzug von 15 % keinen Anspruch auf eine IV-Rente hätte; in diesem Fall würde der IV-Grad nämlich lediglich 31 % betragen ( $100\% - [100\% \times \{Fr. 58'659.-- \times 0.85\} / Fr. 72'635.--]$ ). Da der IV-Grad unter 40 % liegt, hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine IV-Rente.

4.2 Demnach ist die Beschwerde abzuweisen.

5.



## St.Galler Gerichte

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 ist sie vollumfänglich dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Die Gerichtsgebühr ist durch den von ihm geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 600.-- gedeckt. Der Beschwerdeführer hat bei diesem Verfahrensausgang keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. Art. 61 lit. g ATSG).

### Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Der Beschwerdeführer hat eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen; diese ist durch den in gleicher Höhe geleisteten Kostenvorschuss gedeckt.