



**Fall-Nr.:** IV 2014/38  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 19.12.2019  
**Entscheiddatum:** 18.11.2016

### **Entscheid Versicherungsgericht, 18.11.2016**

**Art. 43 Abs. 1 ATSG. Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes. Weder die Arbeitsfähigkeitsschätzung der behandelnden Ärzte noch jene des psychiatrischen Gutachters überzeugt. Rückweisung der Sache zur erneuten psychiatrischen Begutachtung. Teilweise Gutheissung der Beschwerde (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 18. November 2016, IV 2014/38).**

Besetzung

Vizepräsident Ralph Jöhl, Versicherungsrichterinnen

Karin Huber-Studerus und Marie Löhner; Gerichtsschreiberin

Lea Hilzinger

Geschäftsnr.

IV 2014/38

Parteien

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

**Beschwerdeführer,**

gegen

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



### Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

### Rente

### Sachverhalt

A.

A.a A.\_\_\_\_ meldete sich am 20. Februar 2011 zum Bezug von IV-Leistungen an (IV-act. 5). Dabei gab er u.a. an, er habe in B.\_\_\_\_ die Primarschule besucht und anschliessend eine Lehre als Dreher absolviert. In der Schweiz sei er immer nur als Fabrikmitarbeiter tätig gewesen. Gemäss einem Auszug aus seinem individuellen Beitragskonto (IK) hatte er 2007 Fr. 87'277.--, 2008 Fr. 85'989.-- und 2009 Fr. 77'590.-- verdient (IV-act. 15). Dr. med. C.\_\_\_\_, Oberarzt an der Klinik D.\_\_\_\_, berichtete der IV-Stelle am 9. März/6. April 2011 (IV-act. 24, 26), der Versicherte leide an einer schizophreniformen Psychose mit zunehmendem Residuum vom depressiven Typ (ICD-10: F25.1). Wegen einer wahnhaften Störung sei der Versicherte bereits 1996 in der psychiatrischen Klinik F.\_\_\_\_ stationär behandelt worden. Seit dem 30. Oktober 2010 laufe eine Psychotherapie. Vom 8. November bis 17. Dezember 2010 habe sich der Versicherte in der Klinik D.\_\_\_\_ aufgehalten. Bei Klinikeintritt sei der Versicherte psychotisch gewesen. Wegen der psychotischen Ängste, wegen der verminderten Belastbarkeit, wegen des stark eingeschränkten Durchhalte- und Leistungsvermögen und wegen der eingeschränkten geistigen Flexibilität sei der Versicherte nur noch in einem geschützten Rahmen zu 50 % arbeitsfähig. Eine Tätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt sei nicht mehr vorstellbar.

A.b Die letzte Arbeitgeberin des Versicherten, die F.\_\_\_\_ AG, gab der IV-Stelle am 7. April 2011 an (IV-act. 27), sie habe den Versicherten vom 1. Juni 2009 bis 30. September 2010 als Schichtführer/Induktionshärter beschäftigt. Die Kündigung sei aus wirtschaftlichen Gründen erfolgt. Der letzte effektive Arbeitstag sei der 30. August 2010 gewesen. Die Lohnbuchhaltungen 2009 und 2010 gaben als Eintrittsdatum allerdings den 1. Dezember 2006 an (IV-act. 27-9 f.). Von Januar bis Mai 2009 hatte der Monatslohn des Versicherten Fr. 6'300.-- (zuzüglich 13. Monatslohn) betragen, ab Juni



2009 dann Fr. 5'700.-- (ebenfalls zuzüglich 13. Monatslohn). In einzelnen Monaten hatte der Versicherte eine Schichtzulage von Fr. 90.--, Fr. 60.-- bzw. Fr. 30.-- erhalten.

A.c Die psychiatrische Klinik E.\_\_\_\_ hatte in ihrem Austrittsbericht vom 4. Oktober 1996 (IV-act. 30-2) festgehalten, der Versicherte habe angegeben, er höre Klopfgeräusche, die ihm Angst einflössten. Diese Klopfgeräusche waren gemäss den Klinikärzten als akustische Halluzinationen zu qualifizieren. Der Psychostatus des Versicherten habe sich als Folge der neuroleptischen und antidepressiven Medikation vollkommen normalisiert. Daraufhin habe der Versicherte frei über das Durchgemachte berichten können. Zusätzlich gestützt auf die Aussagen der Ehefrau und des Schwagers habe sich folgendes Bild ergeben: Der Versicherte habe sich von einem Geistheiler auf böse Art und Weise beeinflusst gefühlt. Er habe den Eindruck gehabt, dass dieser Geistheiler von Seiten des Teufels komme, möglicherweise als Strafe für begangene Sünden. Im Austrittsbericht war weiter darauf hingewiesen worden, dass sich erst noch zeigen werde, ob die Diagnose einer wahnhaften Störung zugunsten einer affektiven oder schizophrenen Störung revidiert werden müsse. Die Ärzte der Klinik D.\_\_\_\_ hatten in ihrem Austrittsbericht vom 22. Dezember 2010 (IV-act. 31-9 ff.) u.a. festgehalten, der Versicherte habe ab 2006 bei der F.\_\_\_\_ AG gearbeitet. Aufgrund der schlechten Arbeitsleistung sei ihm gekündigt worden, aber er habe dann seine Arbeitsstelle bei einem tieferen Lohn behalten können. Wegen der psychischen Probleme sei die Arbeitsleistung jedoch ungenügend geblieben, so dass dem Versicherten schliesslich gekündigt worden sei.

A.d Dr. C.\_\_\_\_ von der Klinik D.\_\_\_\_ berichtete der IV-Stelle am 20. Mai 2011 (IV-act. 31), der Versicherte leide an einer schizophreniformen Psychose (F25.1). Diese Krankheit habe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit zur Folge. In einem geschützten Rahmen sei einer Arbeitsfähigkeit von 30 % zumutbar. Der Hausarzt med. pract. G.\_\_\_\_ gab der IV-Stelle am 21. Mai 2011 an (IV-act. 32), der Versicherte leide an wahnhaften Störungen mit religiösem Wahn und Angststörungen, an einer schizophreniformen Psychose und an einer Depression mit zunehmendem Residuum. Dies äussere sich in Konzentrationsstörungen, Unsicherheit, fehlender Ausdauer und Ängsten. Die Ängste seien bei der Arbeit und zuhause vorhanden. Der Versicherte könne sich nicht mit der realen Welt auseinandersetzen. Seit dem 30. September 2010 sei er vollständig arbeitsunfähig.



A.e Die IV-Stelle beauftragte Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, mit einer psychiatrischen Begutachtung des Versicherten (IV-act. 35). Dr. H.\_\_\_\_ führte in seinem Gutachten vom 23. September 2011 (IV-act. 37) aus, im Zeitpunkt der Untersuchung (26. August 2011) sei die Grundstimmung des Versicherten leicht zum depressiven Pol hin verschoben gewesen. Die affektive Modulationsfähigkeit sei eingeschränkt gewesen. Der Versicherte habe über eine Ambivalenz geklagt und angegeben, er fühle sich unsicher, sei innerlich unruhig und habe Angst zu sterben. Auf der Hamilton Depressionsskala habe er zwölf Punkte erreicht. Es bestünden also gewisse depressive Symptome, diese seien aber nicht stark ausgeprägt, so dass höchstens eine leichte depressive Episode diagnostiziert werden könne. Schizophreniforme Symptome fehlten. Die Diagnose einer postschizophrenen Depression komme nicht in Frage, weil dazu noch einige – das klinische Bild nicht beherrschende – Symptome vorhanden sein müssten. Bei einem schizophrenen Residuum seien schizophrene Negativsymptome erforderlich, d.h. es müssten früher einmal die Kriterien einer Schizophrenie erfüllt gewesen sein. Das sei beim Versicherten nicht der Fall. Hinweise für das Vorliegen einer neurotischen, einer Belastungs-, einer somatoformen oder eine Persönlichkeitsstörung fehlten. Die Diagnose laute deshalb: Leichte depressive Episode (F32.0) und St. n. wahnhafter Störung 1996. Die Arbeitsunfähigkeit betrage höchstens 30 %. Das gelte sicher für die Zeit nach dem Aufenthalt in der Klinik D.\_\_\_\_, da seither vom Behandler und vom Versicherten ein stationärer Zustand angegeben worden sei. Die diagnostische Einschätzung der psychiatrischen Klinik E.\_\_\_\_ sei plausibel gewesen, da auf die unsichere Situation bezüglich der Diagnostik und auf die Notwendigkeit, dies im Verlauf zu klären, hingewiesen worden sei. Weniger plausibel sei die diagnostische Einschätzung der Klinik D.\_\_\_\_. Es sei nämlich schwer nachvollziehbar, wie gleichzeitig eine wahnhafte Störung, eine schizoaffektive Störung, gegenwärtig depressiv, und eine schizophrenes Residuum vorliegen könnten, weil nicht alle Kriterien dieser drei Diagnosen erfüllt sein könnten, zumal sie sich teilweise ausschliessen. Zudem deute weder bei den beschriebenen Klagen des Versicherten noch in dessen Psychostatus etwas auf eine psychotische Symptomatik hin (keine Hinweise auf Wahnideen, Halluzinationen oder Ich-Störungen). Beschrieben worden seien ausschliesslich depressive Symptome. Die Klinik D.\_\_\_\_ habe einen positiven Behandlungsverlauf beschrieben (insbesondere mit einer Stabilisierung der Stimmungslage). Trotzdem sei



eine vollständige Arbeitsunfähigkeit angegeben worden. Der von der Klinik angegebene chronische Verlauf mit mehr oder weniger anhaltenden Symptomen habe sich früher offensichtlich nicht auf die Arbeitsfähigkeit ausgewirkt bzw. der Arbeitgeber habe nichts Derartiges bemerkt. Hinzu komme, dass die Einstellung von Dr. C.\_\_\_\_ sehr fatalistisch sei. In dessen Bericht vom 20. Mai 2011 sei die Diagnose einer schizophreniformen Psychose angegeben worden (schizoaffektive Störung, gegenwärtig depressiv). Dabei sei unklar, ob Dr. C.\_\_\_\_ vom Vorliegen einer Schizophrenie ausgegangen sei oder nicht, wobei der Begriff „schizophreniform“ eher auf Letzteres hindeute. Was mit dem „invalidisierenden Charakter“ der schizophreniformen Psychose gemeint sei, werde nicht klar. Pauschal sei ab 2009 bis auf weiteres eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % attestiert worden, obwohl die Behandlung in der Klinik D.\_\_\_\_ erst ab dem 2. November 2010 erfolgt sei, obwohl dort keine psychotische Symptomatik beschrieben worden sei und obwohl sich die depressive Symptomatik bis zum Klinikaustritt gebessert habe. Eine telefonische Besprechung mit Dr. C.\_\_\_\_ habe keine Klärung gebracht. Eine akute psychotische Episode würde die Arbeitsfähigkeit beschränken. Eine solche sei aber im Austrittsbericht der Klinik D.\_\_\_\_ nicht beschrieben worden. Nach der akuten Phase lasse sich damit aber keine anhaltende Arbeitsunfähigkeit mehr begründen, vor allem wenn keine psychotischen Symptome mehr vorhanden seien. Es sei nicht plausibel, dass der Versicherte jahrelang mit diesen Symptomen habe arbeiten können und nun plötzlich anhaltend arbeitsunfähig sein solle. Dr. med. I.\_\_\_\_ vom RAD notierte am 3. Oktober 2011 (IV-act. 38), das Gutachten von Dr. H.\_\_\_\_ sei umfassend, konsistent, nachvollziehbar und in sich widerspruchsfrei. Insbesondere habe sich Dr. H.\_\_\_\_ eingehend mit der abweichenden Beurteilung der Klinik D.\_\_\_\_ auseinandergesetzt. Der Versicherte sei auf dem ersten Arbeitsmarkt zu mindestens 70 % arbeitsfähig.

A.f Die IV-Stelle verglich ein (offenbar dem IK entnommenes) Valideneinkommen von Fr. 77'590.-- mit einem Invalideneinkommen von Fr. 54'313.--, d.h. sie ging davon aus, dass der Versicherte an der letzten (oder einer gleichwertigen) Arbeitsstelle weiterhin zu 70 % arbeitsfähig sei (IV-act. 39-2). Mit Vorbescheid vom 5. Oktober 2011 kündigte sie dem Versicherten bei einem IV-Grad von 30 % die Abweisung seines Rentenbegehrens an (IV-act. 41). Der Versicherte liess am 2. Dezember 2011 mitteilen, dass er in die psychiatrische Klinik J.\_\_\_\_ eintreten werde (IV-act. 47). Im Austrittsbericht vom 3. Februar 2012 (IV-act. 58) gaben die Ärzte der psychiatrischen Klinik J.\_\_\_\_ an, der



## St.Galler Gerichte

Versicherte leide an einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (F33.2). Der Versicherte habe angegeben, er habe oft Schmerzen und einen Druck auf der Brust und im Schulter- und Nackenbereich. Er sei erschöpft und müde. Ängste habe er selten, aber manchmal viele schlechte Gedanken. Ab und zu trete ein inneres Zittern auf. Die Stimmung sei an sich gut; er habe manchmal Freude an seiner Familie. Er habe schon einmal Stimmen gehört, aktuell aber nicht mehr. Er habe auch keine paranoiden Gedanken. Die Ärzte der psychiatrischen Klinik J.\_\_\_\_ führten weiter aus, während der stationären Behandlung sei ein guter Verlauf beobachtet worden. Die depressive Episode befinde sich in Teilremission. Bei einer weiteren Behandlung der Depression sei eine teilweise Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit denkbar. Aktuell sei der Versicherte vollständig arbeitsunfähig. Der psychopathologische Status beim Austritt aus der Klinik habe folgendermassen ausgesehen: Wachter Patient, zu allen vier Qualitäten orientiert, Konzentration vermindert, formales Denken leichtgradig verlangsamt mit Grübeln, formal gedanklich unauffällig, keine Hinweise auf Wahn, Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen, leicht gedrückter Affekt, leicht verminderter Antrieb, keine Selbst- oder Fremdgefährdung, sozialer Rückzug.

A.g Dr. I.\_\_\_\_ vom RAD empfahl, einen Bericht der Tagesklinik einzuholen, bei welcher der Versicherte weiterbehandelt werde (IV-act. 59). Die Tagesklinik gab am 13. Juni 2012 an, dass der Versicherte nicht bei ihr eingetreten sei (IV-act. 60). Der Versicherte liess am 21. Juni 2012 mitteilen (IV-act. 63), dass die Nachbehandlung in der Klinik D.\_\_\_\_ erfolge. Dr. K.\_\_\_\_ und Dr. C.\_\_\_\_ von der Klinik D.\_\_\_\_ berichteten am 27. Juli 2012 (IV-act. 66), der Versicherte leide an einer rezidivierenden depressiven Störung mit intermittierenden religiösen Wahnideen im Rahmen der schweren depressiven Episode (F33.2). Während der psychotischen bzw. wahnhaften Phasen sei er jeweils verschlossen und tief zurückgezogen gewesen, so dass er nicht zu den vereinbarten Sprechstunden gekommen sei. In der Klinik J.\_\_\_\_ sei er unter Zyprexa-Therapie frei von psychotischen Symptomen gewesen. Dann sei das Zyprexa herabgesetzt worden. Ein paar Monate später sei der Versicherte wieder zunehmend depressiv gewesen und habe wieder bildhafte Erlebnisse (weisses Licht im Dunkeln, wie etwas Heiliges) gehabt. Er sei ordentlich gepflegt, bewusstseinsklar und allseits orientiert. Die mnestischen Funktionen seien abgesehen von den Konzentrationsstörungen unauffällig. Das formale Denken sei verlangsamt und stark auf die negativen



Zukunftsperspektiven und die eigenen Ängste und Befürchtungen eingeschränkt, inhaltlich aber ohne Hinweis auf Wahnideen, Halluzinationen oder Ich-Störungen. Der Versicherte sei im Affekt deprimiert, ängstlich und verunsichert. Die affektive Schwingungsfähigkeit sei reduziert. Der Versicherte sei affektiv modulierbar und der affektive Rapport sei knapp herstellbar. Im Antrieb sei er vermindert und motorisch wenig lebhaft. Die Arbeitsunfähigkeit betrage 100 %, denn der Versicherte leide an einem Antriebsmangel, an einer Reduktion der geistigen Flexibilität, an einer niedrigen Stress-toleranz, einer niedrigen Belastbarkeit, einer eingeschränkten Ausdauer, Konzentrationsstörungen und einer Störung der Affektkontrolle. Dr. I.\_\_\_\_ empfahl, den Therapieverlauf abzuwarten (IV-act. 67). Dr. K.\_\_\_\_ und Dr. C.\_\_\_\_ berichteten am 7. Dezember 2012 (IV-act. 70), nach dem Einsetzen von Abilify anfangs Mai 2012 sei es zu einer Linderung der wahnhaften Ideen und der optischen Halluzinationen gekommen. Diese bestünden in einem ganz besonderen Gefühl in der Brust und im ganzen Körper, wie wenn der Versicherte ein „geistiges Licht“ gesehen habe. Der Versicherte sei in psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlung in der Klinik D.\_\_\_\_. Er sei weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig. Sinnvoll wäre ein Arbeitstraining in einem geschützten Rahmen, anfänglich zu 50 %. Daraufhin empfahl Dr. L.\_\_\_\_ vom RAD eine Verlaufsbeurteilung durch Dr. H.\_\_\_\_ (IV-act. 74).

A.h Dr. H.\_\_\_\_ berichtete in seinem Gutachten vom 20. September 2013 (IV-act. 82), der Versicherte habe angegeben, an der letzten Arbeitsstelle sei die Arbeit körperlich schwer gewesen und sie habe die Augen angestrengt. Sein Chef habe bemerkt, dass er Medikamente eingenommen habe. In der Folge sei er mit zwei Monatslöhnen freigestellt worden. Er sei gar nicht mehr fähig gewesen, mehr als 15 Minuten zu arbeiten, ohne Verspannungen und Schmerzen zu verspüren. Von den Tabletten sei er sehr schläfrig gewesen. Dr. H.\_\_\_\_ führte weiter aus, der Versicherte sei pünktlich zur Untersuchung erschienen; er habe einen gepflegten Eindruck gemacht. Im Kontakt sei er freundlich zugewandt und kooperativ gewesen. Er habe sich bemüht, zu seiner Problematik ausführlich Stellung zu nehmen. Den Blickkontakt habe er immer aufgenommen und gehalten, den affektiven Rapport habe er aber nur zögerlich aufgenommen. Im Rahmen der Untersuchung hätten sich keine Beeinträchtigungen der Bewusstseinsklarheit und -helligkeit gezeigt. Der Versicherte sei zu allen Qualitäten voll orientiert gewesen. Er habe die Aufmerksamkeit und die Konzentration für die Dauer des Gesprächs durchgehend aufrechterhalten können. Die Auffassung sei nicht



gestört, das Langzeitgedächtnis klinisch unauffällig gewesen. Der Versicherte habe angegeben, seine Konzentration sei ziemlich gut, aber er sei vergesslich. Das Ausdrucksverhalten des Versicherten habe sich während der Schilderung der Beschwerden nicht verändert. Der formale Gedankengang sei unauffällig und höchstens diskret verlangsamt gewesen. Der Versicherte habe angegeben, er leide unter Gedankenkreisen, wenn er ganz unten sei. Dr. H.\_\_\_\_ führte weiter aus, er habe keine Hinweise auf Zwangsgedanken, zwanghafte Handlungen oder eine hypochondrische Erlebnisverarbeitung gefunden. Er habe auch keine Anzeichen für inhaltliche Denkstörungen in der Form wahnhafter Gedanken oder Wahrnehmungen, für systematisches wahnhaftes Denken oder für Sinnestäuschungen in der Form von Halluzinationen oder illusionären Verkennungen gefunden. Ich-Störungen in der Form eines Fremdbeeinflussungserlebens oder von Derealisations- oder Depersonalisationsphänomenen seien ebenfalls nicht vorhanden gewesen. Der Versicherte habe angegeben, er habe das Gefühl, dass jemand in der Nähe sein könnte, aber es sei niemand da; seit er ins Spital gegangen sei, habe er keine Stimmen mehr gehört. Die Grundstimmung sei etwas zum depressiven Pol hin verschoben und die affektive Modulationsfähigkeit sei etwas eingeschränkt gewesen. Der Versicherte habe über Insuffizienzgefühle, gelegentliche Unruhe, Gereiztheit, ein wenig Angst (vor der Zukunft bzw. vor allem), schwankende Deprimiertheit und dann auftretende Antriebsminderung geklagt. Er habe eine gewisse Hypomimie gezeigt, die Gestik sei unauffällig gewesen. Die Schilderungen des Versicherten hätten nicht auf einen sozialen Rückzug hingedeutet. In der Hamilton Depressionsskala habe der Versicherte elf Punkte erreicht. In seiner Diagnoseableitung führte Dr. H.\_\_\_\_ aus, die Untersuchung habe keine Hinweise für eine organische (einschliesslich einer symptomatischen psychischen) Störung, für eine Störung durch psychotrope Substanzen, für eine Schizophrenie oder für eine schizotype oder wahnhafte Störung ergeben. Wie bei der Voruntersuchung hätten aber gewisse depressive Symptome bestanden, die aufgrund der Phänomenologie weiterhin höchstens die Diagnose einer leichten depressiven Episode rechtfertigten. In der Hamilton Depressionsskala habe der Versicherte praktisch gleich viele Punkte erreicht wie in der Voruntersuchung. Weil nun aber seit längerer Zeit eine leichte depressive Episode bestehe, müsse die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung gestellt werden. Diese begründe höchstens eine 30 %ige Arbeitsunfähigkeit für jede in Frage kommende Tätigkeit. Grundsätzlich sei es



möglich, dass sich der Zustand des Versicherten gegen Ende 2011 so verschlechtert habe, dass eine schwere depressive Episode bestanden habe, wie die psychiatrische Klinik J.\_\_\_\_ berichtet habe. Allerdings spreche die Aktenlage nicht wirklich für das Vorliegen einer schweren depressiven Episode, zumal die psychiatrische Klinik J.\_\_\_\_ in ihrem Bericht angegeben habe, der Versicherte habe seit 2010 keine Veränderung seiner Stimmung benennen können; er habe gesagt, dass seine Stimmung an sich gut sei und dass er manchmal Freude an seiner Familie habe. Dr. H.\_\_\_\_ wies darauf hin, dass dies nicht wirklich zu einer schweren depressiven Episode passe. Im Bericht der psychiatrischen Klinik J.\_\_\_\_ sei aber festgehalten worden, dass sich die Symptomatik im Verlauf deutlich gebessert habe, dass sich der Affekt aufgehellt habe, dass der Versicherte schwingungsfähiger geworden sei und dass sich die depressive Episode in Teilremission befunden habe. Die von Dr. C.\_\_\_\_ gemäss dem Bericht vom 27. Juli 2012 gestellte Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung mit intermittierenden religiösen Wahnideen im Rahmen der schweren depressiven Episode könne nur so verstanden werden, dass der Versicherte seit 1996 an einer rezidivierenden depressiven Störung leide und dass er intermittierend schwere depressive Episoden mit auch religiösen Wahnideen gehabt habe. Dr. H.\_\_\_\_ wies darauf hin, dass er anlässlich der ersten Untersuchung am 26. August 2011 eine leichte depressive Episode erhoben habe. Die Symptomatik habe sich verschlechtert, wie der Austrittsbericht der psychiatrischen Klinik J.\_\_\_\_ belege. Allerdings werde dort auch eine Teilremission beschrieben, so dass aufgrund des Psychostatus bei Austritt wieder von einer höchstens leichten depressiven Episode ausgegangen werden könne/müsse. Zum Zeitpunkt der aktuellen Untersuchung am 31. Mai und 5. September 2013 sei die Symptomatik im Vergleich zur Erstbegutachtung praktisch unverändert gewesen (leichte depressive Episode). Deshalb müsse davon ausgegangen werden, dass die Symptomatik nur vorübergehend stärker gewesen sei. Die von Dr. C.\_\_\_\_ beschriebene psychotische Symptomatik sei aufgrund der Beschreibung nur fraglich psychotisch; sie sei offenbar von niemand anderem beobachtet worden und habe rasch auf eine neuroleptische Behandlung angesprochen. Dr. C.\_\_\_\_ gehe nicht mehr von seiner früheren Diagnose einer wahnhaften Störung/schizophreniformen Psychose aus. Der Versicherte selbst habe angegeben, dass er keine Stimmen mehr gehört habe, seit er in der Klinik gewesen sei. Es sei nicht plausibel, mit einer rezidivierenden depressiven Störung mit meist nur leichten depressiven Episoden eine 100 %ige Arbeitsunfähigkeit



zu begründen. Die neuropsychologische Abklärung habe keine Hinweise auf Diskrepanzen, Widersprüche oder eine Simulation aufgezeigt. Deshalb entspreche das gemessene neuropsychologische Leistungsprofil dem tatsächlichen Leistungsprofil. Ideal adaptiert sei eine überschaubare, klar geregelte, repetitive Erwerbstätigkeit mit leicht vermindertem Produktionsdruck. Aus neuropsychologischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit um 10 % eingeschränkt. Gesamthaft sei der Versicherte zu 70 % arbeitsfähig. Dr. L.\_\_\_\_ vom RAD notierte am 3. Oktober 2013 (IV-act. 83), auf diese psychiatrisch-neuropsychologische Beurteilung könne vollumfänglich abgestellt werden.

A.i Am 21. November 2013 liess der Versicherte einen Bericht von Dr. C.\_\_\_\_ und Dr. K.\_\_\_\_ von der Klinik D.\_\_\_\_ vom 20. November 2013 einreichen (IV-act. 89). Darin hatten die beiden Ärzte ausgeführt, der Versicherte leide an einer schizoaffektiven Störung, gegenwärtig depressiv (F25.1) mit zunehmendem Residuum (F20.51). Im September 2011 sei es zu einer Zuspitzung der negativen schizophrenen Symptome (psychomotorische Verlangsamung, verminderte Aktivität, Affektverflachung, Passivität, Initiativmangel, geringe nonverbale Kommunikation durch Gesichtsausdrücke, Antriebsminderung, Gewichtszunahme) gekommen. Nach der Entlassung aus der psychiatrischen Klinik D.\_\_\_\_ im Februar 2012 sei der Versicherte nur mit Antidepressiva behandelt worden. Im April 2012 sei es wieder zu wahnhaften Ideen und optischen Halluzinationen gekommen. Diese hätten sich nach dem Einsatz von Abilify anfangs Mai 2012 reduziert. Die negativen schizophrenen Symptome seien phasenweise bereits chronifiziert, einem schizophrenen Residuum entsprechend. Dr. C.\_\_\_\_ und Dr. K.\_\_\_\_ empfahlen, eine Drittmeinung einzuholen. Dr. L.\_\_\_\_ notierte am 2. Dezember 2013 (IV-act. 90), die von Dr. C.\_\_\_\_ und Dr. K.\_\_\_\_ aufgeführten Diagnosen seien fachlich nicht haltbar, denn sie unterstellten einerseits ein Residuum bei einer paranoid-halluzinatorischen Psychose und andererseits eine schizoaffektive Psychose. Das sei nach den ICD-Kriterien gar nicht möglich. Bei der schizoaffektiven Störung gebe es im Unterschied zur Schizophrenie kein Residuum und es müsse gleichzeitig (nicht nacheinander) mit der schizophrenen Symptomatik entweder eine manische oder eine depressive Phase bestehen. Das sei gemäss dem Bericht vom 20. November 2013 gerade nicht der Fall. Es seien keine weiteren medizinischen Abklärungen angezeigt. Mit Verfügung vom 3. Dezember 2013 wies die IV-Stelle das Rentenbegehren mit der Begründung ab, der Invaliditätsgrad betrage lediglich 30 % (IV-act. 91).



B.

B.a Der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer) liess am 17. Januar 2014 Beschwerde erheben (act. G 1) und die Ausrichtung einer ganzen Rente beantragen. Der Rechtsvertreter führte zur Begründung der Beschwerde zusammengefasst aus, der Beschwerdeführer habe einen Anspruch auf ein medizinisches Gutachten nach Art. 43 ATSG und auf Leistungen gemäss Art. 14a, 18 und 18a bis c IVG. Da die IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) noch keine Eingliederungsmassnahmen evaluiert oder gar durchgeführt habe, verletze die angefochtene Verfügung den Art. 16 ATSG und sei allein schon deswegen aufzuheben. Die Beschwerdegegnerin sei anzuweisen, die erforderlichen Eingliederungsmassnahmen durchzuführen. Zur Bemessung der Arbeitsfähigkeit dürfe nicht auf das Gutachten von Dr. H.\_\_\_\_ abgestellt werden, weil dieses Gutachten nicht nachvollziehbar sei und weil zahlreiche Indizien gegen dessen Zuverlässigkeit sprächen. Dr. H.\_\_\_\_ habe alle Kriterien, die für eine schwere Depression sprächen, aufgezählt, aber jeweils mit diminuierenden Adjektiven versehen, um so die Diagnose einer leichten depressiven Episode stellen zu können. Im neuropsychologischen Gutachten sei demgegenüber ausgeführt worden, dass eine schwergradige Affektarmut und eine schwergradige Deprimiertheit vorgelegen hätten. Der innere Widerspruch zwischen dem neuropsychologischen Teilgutachten und den Feststellungen von Dr. H.\_\_\_\_ sei unauflösbar. Zudem suche man in der Beurteilung von Dr. H.\_\_\_\_ vergeblich nach einer Würdigung der sehr belastenden Lebensumstände und Ereignisse in der Vita des Beschwerdeführers. Da erhebliche Zweifel an der Zuverlässigkeit der Beurteilung von Dr. H.\_\_\_\_ bestünden, könne nicht auf dessen Gutachten abgestellt werden. Das Valideneinkommen betrage mindestens Fr. 81'900.-- (13 x Fr. 6'300.-- zuzüglich Zulagen). Der von der Beschwerdegegnerin angenommene Betrag beruhe auf einem Lohn, der aus gesundheitlichen Gründen bereits vermindert gewesen sei. Das Invalideneinkommen dürfe nicht anhand des letzten Lohnes bestimmt werden, weil der Beschwerdeführer aufgrund seines neuropsychologischen Profils die frühere Tätigkeit nicht mehr ausüben könne. Auszugehen sei von einem Einkommen gemäss LSE von Fr. 59'979.--. Bei einem Tabellenlohnabzug von 10 % und einem Arbeitsunfähigkeitsgrad von 30 % resultiere ein zumutbares Invalideneinkommen von Fr. 35'987.--. Gehe man von einem Valideneinkommen von Fr. 86'633.-- (Durchschnitt Lohn 2007/2008) aus, betrage der Invaliditätsgrad 50 %. Da



aber im Einklang mit den übrigen ärztlichen Beurteilungen von einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % auszugehen sei, sei eine ganze Rente zuzusprechen.

B.b Die Beschwerdegegnerin beantragte am 17. März 2014 die Abweisung der Beschwerde (act. G 4). Sie machte sinngemäss geltend, Dr. H.\_\_\_\_ habe nachvollziehbar dargelegt, warum er die Meinungen der Behandler nicht teile. Zudem seien die Berichte behandelnder Ärzte aufgrund der auftragsrechtlichen Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen. Das Valideneinkommen sei anhand des 2009 erzielten Lohnes zu bemessen, da dem Beschwerdeführer aus wirtschaftlichen Gründen gekündigt worden sei und da erst anschliessend Arbeitsunfähigkeiten attestiert worden seien. Da die Arbeitsfähigkeit von 70 % für die angestammte und jede andere Tätigkeit gelte, könne der Invaliditätsgrad nur 30 % betragen. Ein Teilzeitabzug komme nicht in Frage, denn gemäss der neuropsychologischen Begutachtung sei dem Beschwerdeführer am angestammten und an jedem anderen Arbeitsplatz eine Präsenz von 100 % möglich bei einer Leistungsminderung von 10 %, gemäss Dr. H.\_\_\_\_ von 30 %.

B.c Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers reichte am 23. Mai 2014 eine Stellungnahme von Dr. C.\_\_\_\_ und Dr. K.\_\_\_\_ von der Klinik D.\_\_\_\_ vom 20. Mai 2014 ein (act. G 8.1). Darin hatten die beiden Ärzte zur Haltbarkeit ihrer Diagnose einer schizoaffektiven Störung, gegenwärtig depressiv (F25.1), mit zunehmendem Residuum (F20.51), folgende Gründe angeführt: Auffallendes Vorhandensein in der bisherigen Behandlung festgestellter negativer schizophrener Symptome (psychomotorische Verlangsamung, Antriebsminderung, verminderte Aktivität, affektive Verflachung, Passivität und Initiativmangel, Verarmung hinsichtlich Menge und Inhalt des Gesprochenen, geringe nonverbale Kommunikation wie Gesichtsausdruck, Blickkontakt, Modulation der Stimme und Körperhaltung, Vernachlässigung der körperfähigen und sozialen Leistungsfähigkeit) und früheres Vorhandensein einer weniger eindeutigen psychotischen Episode gemäss dem Austrittsbericht der psychiatrischen Klinik J.\_\_\_\_ vom 4. Oktober 1996 (stationäre Behandlung wegen einer wahnhaften Störung). In der Folge hatten die beiden Ärzte den Inhalt des entsprechenden Berichts der psychiatrischen Klinik J.\_\_\_\_ wiedergegeben. Sie hatten ausserdem auf die Angaben des damals behandelnden Psychiaters verwiesen, der dem Beschwerdeführer hoch potente Neuroleptika in einer für eine Schizophrenie



## St.Galler Gerichte

entsprechenden Dosis verschrieben und ausgeführt hatte, beim Beschwerdeführer bestehe die typische „doppelte Buchhaltung“ (indem er sich als gesund ausbebe); der Beschwerdeführer sei während den akuten psychotischen Phasen jeweils unter Vorbringen einer Ausrede nicht in die Sprechstunde des behandelnden Psychiaters gekommen. Abschliessend hielten die beiden Ärzte der Klinik D.\_\_\_\_ fest, sie hätten nie eine manische Entwicklung, sondern immer eine depressive affektive Entwicklung mit psychotischen Anteilen beschrieben.

B.d In seiner Replik vom 3. Juni 2014 (act. G 10) machte der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers insbesondere geltend, zwischen der Beurteilung von Dr. H.\_\_\_\_ (leichte depressive Episode) und den Feststellungen des Neuropsychologen (schwergradige Affektarmut, schwergradige Deprimiertheit) bestehe ein unüberbrückbarer Widerspruch. Zudem habe Dr. H.\_\_\_\_ sämtliche Symptome einer schweren Depression bestätigt, aber dann nur eine leichte depressive Erkrankung diagnostiziert, was nicht nachvollziehbar sei. Dr. C.\_\_\_\_ und Dr. K.\_\_\_\_ hätten immer wieder darauf hingewiesen, dass die depressive Symptomatik nicht losgelöst von der Krankheitsentwicklung (schizophrene Symptome und entsprechende Medikation) betrachtet werden könne und dass der Beschwerdeführer immer bemüht gewesen sei, seine Krankheit zu verheimlichen. Deshalb könne nicht auf das Gutachten von Dr. H.\_\_\_\_ abgestellt werden. Zudem habe Dr. H.\_\_\_\_ (auch) für die zuletzt ausgeübte Erwerbstätigkeit des Schichtführers eine Arbeitsfähigkeit von 70 % angegeben, ohne zu wissen, worin diese Tätigkeit bestanden habe. Der Beschwerdeführer habe diese Tätigkeit krankheitsbedingt aufgegeben. Als Schichtführer habe er Mitarbeiter führen und in Störungsfällen flexibel und adäquat handeln müssen. Deshalb habe er Fr. 85'000.-- verdient. Mit einer Tätigkeit, die überschaubar, klar geregelt und repetitiv sei und mit einem leicht verminderten Produktionsdruck einhergehe, könne man nicht Fr. 85'000.-- verdienen. Mit einer Arbeitsfähigkeit von 70 % könnte der Beschwerdeführer schon aus organisatorischen Gründen gar nicht mehr als Schichtführer tätig sein. Deshalb könne das zumutbare Invalideneinkommen nicht ausgehend vom zuletzt erzielten Lohn ermittelt werden.

B.e Die Beschwerdegegnerin verzichtete am 13. Juni 2014 auf eine Duplik (act. G 12).

B.f Der Rechtsvertreter teilte dem Gericht am 8. Februar 2016 mit, dass er den Beschwerdeführer nicht mehr vertrete (act. G 15).



### Erwägungen

1.

Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten einen Anspruch auf eine Invalidenrente, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen oder verbessern können (lit. a), die während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40 % arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) und die nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (lit. c). Art. 28 Abs. 1 lit. a IVG regelt den Grundsatz der „Eingliederung vor Rente“ (vgl. etwa U. KIESER, ATSG-Kommentar, 3. A., Vorbemerkungen N 81 ff.). Eine Erwerbsunfähigkeit liegt gemäss Art. 7 Abs. 1 ATSG vor, wenn die versicherte Person trotz einer zumutbaren Behandlung und Eingliederung nicht mehr jene Erwerbsmöglichkeiten erlangt, über die sie vor dem Eintritt der Gesundheitsbeeinträchtigung verfügt hat. Der Einkommensvergleich zur Ermittlung des Erwerbsunfähigkeitsgrades – und damit des Invaliditätsgrades (Art. 8 Abs. 1 ATSG) – kann also erst erfolgen, wenn sich die versicherte Person den einen Eingliederungserfolg versprechenden, zumutbaren medizinischen und beruflichen Massnahmen unterzogen hat. Eine die Erwerbsmöglichkeiten beeinträchtigende und damit den Grundsatz der „Eingliederung vor Rente“ aktivierende Gesundheitsbeeinträchtigung liegt vor, wenn die versicherte Person in der bisherigen (und in der ohne Eingliederung noch in Frage kommenden) Berufstätigkeit ganz oder teilweise unfähig ist, zumutbare Arbeit zu leisten, wenn sie also gemäss Art. 6 ATSG arbeitsunfähig ist. Der Beschwerdeführer ist als Hilfsarbeiter zu qualifizieren, da er die in seinem Herkunftsland erworbenen beruflichen Kenntnisse nie verwertet und in der Schweiz immer nur als Hilfsarbeiter, wenn auch in einer führenden und verantwortungsvollen Position, tätig gewesen ist. Er könnte also dem Grundsatz der „Eingliederung vor Rente“ allenfalls bereits dadurch gerecht werden, dass er eine seiner Gesundheitsbeeinträchtigung angepasste Hilfsarbeit annehmen würde, mit der er seinen Arbeitsfähigkeitsgrad und damit allenfalls seine Erwerbsmöglichkeiten verbessern würde. Zur Prüfung der Eingliederungsmöglichkeiten muss deshalb die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in der bisherigen Erwerbstätigkeit und in einer behinderungsangepassten Erwerbstätigkeit ermittelt werden. Diese Arbeitsfähigkeit ist auch relevant für die zweite Voraussetzung eines allfälligen Anspruchs auf eine



Invalidenrente, nämlich die Erfüllung des sogenannten Wartejahres (Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG). Und schliesslich bildet die Arbeitsfähigkeit (in der bisherigen und in einer der Gesundheitsbeeinträchtigung bestmöglich Rechnung tragenden Erwerbstätigkeit) auch ein wichtiges Element der Invaliditätsbemessung (Art. 28 Abs. 1 lit. c IVG i.V.m. Art. 16 ATSG), denn von ihr (und dem verbliebenen Einkommenspotential, der sogenannten Invalidenkarriere) hängt ab, wie hoch das zumutbare Invalideneinkommen ist bzw. um wieviel es unter dem (fiktiven) Valideneinkommen liegt, das die versicherte Person erzielen könnte, wenn sie gesund wäre. Diese weitreichende Bedeutung der Arbeitsfähigkeit lässt es als sinnvoll erscheinen, die Akten in einem ersten Schritt darauf zu prüfen, ob sie einen bestimmten Arbeitsfähigkeitsgrad (in einer von der Gesundheitsbeeinträchtigung wenig – oder im besten Fall gar nicht – beeinträchtigten Erwerbstätigkeit) mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu belegen vermögen.

2.

2.1 Die vorhandenen Arbeitsfähigkeitsschätzungen liegen aussergewöhnlich weit auseinander. Während der psychiatrische Gutachter Dr. H.\_\_\_\_ eine Arbeitsfähigkeit von 70 % angegeben hat, sind die behandelnden Psychiater Dr. C.\_\_\_\_ und Dr. K.\_\_\_\_ von der Klinik D.\_\_\_\_ davon ausgegangen, dass der Beschwerdeführer auf dem freien Arbeitsmarkt nicht mehr arbeitsfähig sei. Die Ursache für diese Diskrepanz liegt darin, dass Dr. H.\_\_\_\_ die Diagnose einer leichten depressiven Episode resp. Störung (Verlaufsgutachten) gestellt hat, während Dr. C.\_\_\_\_ und Dr. K.\_\_\_\_ eine sehr viel schwerere Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit des Beschwerdeführers angenommen haben. Sie haben am 22. Dezember 2010 (vgl. IV-act. 31-9) eine wahnhafte Störung mit religiösem Wahn und eine schizophreniforme Psychose (depressiver Typ mit zunehmendem Residuum) angegeben. Am 6. April 2011 hat Dr. C.\_\_\_\_ von einer schizophreniformen Psychose mit zunehmendem Residuum vom depressiven Typ (mit den Symptomen psychotische Ängste, verminderte Belastbarkeit, stark eingeschränktes Leistungs- und Durchhaltevermögen, eingeschränkte geistige Flexibilität) berichtet (vgl. IV-act. 26). Am 27. Juli 2012 haben Dr. C.\_\_\_\_ und Dr. K.\_\_\_\_ folgende Diagnose angegeben (vgl. IV-act. 66): Rezidivierende depressive Störung mit intermittierenden religiösen Wahnideen im Rahmen der schweren depressiven Episoden (mit den Symptomen Antriebsmangel, reduzierte geistige Flexibilität, niedrige



Stresstoleranz und Belastbarkeit, eingeschränkte Ausdauer, Konzentrationsstörungen und Störung der Affektkontrolle). Am 20. November 2013 (vgl. IV-act. 89) und am 20. Mai 2014 (vgl. act. G 8.1) hat die Diagnose gemäss den Angaben von Dr. C.\_\_\_\_ und Dr. K.\_\_\_\_ folgendermassen gelautet: Schizoaffective Störung, gegenwärtig depressiv mit zunehmendem Residuum. Die besondere Qualität der von Dr. C.\_\_\_\_ und Dr. K.\_\_\_\_ im Lauf der Jahre angegeben, immer wieder veränderten Diagnosen, nämlich die wahnhaft Komponente, dürfte auf den Austrittsbericht der psychiatrischen Klinik E.\_\_\_\_ (vgl. IV-act. 30-2) vom 4. Oktober 1996 zurückzuführen sein, in dem festgehalten worden war, der Beschwerdeführer habe angegeben, er höre häufig Klopferäusche und er fühle sich von einem (vom Teufel geschickten) Geistheiler auf eine böse Art und Weise beeinflusst; nach der Einnahme neuroleptischer und antidepressiver Medikamente habe sich sein Zustand dann aber vollständig normalisiert. Gegenüber Dr. C.\_\_\_\_ und Dr. K.\_\_\_\_ hat der Beschwerdeführer dann ab Herbst 2010 ein ganz anderes Erleben geschildert, nämlich dass er im Dunkel ein weisses Licht wie etwas Heiliges sehe (vgl. IV-act. 66-3) bzw. dass er ein „geistiges“ Licht sehe, das seine Seele vom Körper wegnehme und dann wieder bringe, wobei ein besonderes Gefühl in der Brust und im ganzen Körper auftrete (vgl. IV-act. 89). Dass der Beschwerdeführer tatsächlich geglaubt hat, Klopferäusche zu hören, von einem bösen Geistheiler negativ beeinflusst zu werden, ein weisses Licht zu sehen oder seine Seele diesem Licht für eine kurze Zeit hergeben zu müssen, lässt sich – trotz des augenscheinlichen Erfolgs der Einnahme eines Neuroleptikums und eines Antidepressivums im Jahr 1996 – naturgemäss nicht belegen. Es gibt nur die entsprechenden Aussagen des Beschwerdeführers, die allerdings in den späteren medizinischen Berichten nur sehr rudimentär wiedergegeben worden sind. Zudem fehlt jeder Hinweis darauf, dass Dr. C.\_\_\_\_ und Dr. K.\_\_\_\_ sich darüber Gedanken gemacht hätten, ob der Beschwerdeführer tatsächlich glaubte, was er ihnen und anderen Ärzten angab, oder ob er nur „Geschichten“ erzählte, um sie dazu zu bringen, den geklagten schlechten psychischen Gesundheitszustand als real zu akzeptieren. Selbst wenn der Beschwerdeführer Dr. C.\_\_\_\_ und Dr. K.\_\_\_\_ nur erzählt haben sollte, was er effektiv glaubte, erlebt zu haben, könnte aus diesen psychotischen Erlebnissen nicht ohne weiteres auf das Vorliegen einer schizophreniformen oder schizoaffectiven Beeinträchtigung geschlossen werden. Auch eine Depression kann nämlich, wie Dr. H.\_\_\_\_ überzeugend dargelegt hat, derartige psychotische Erlebnisse auslösen. Die



Exploration durch Dr. H.\_\_\_\_, aber auch die Untersuchungen und Beobachtungen durch die Ärzte der psychiatrischen Klinik J.\_\_\_\_ während des stationären Aufenthalts des Beschwerdeführers vom 6. Dezember 2011 bis 2. Februar 2012 (vgl. IV-act. 58), haben keine Anzeichen für psychotische Erlebnisse zu Tage gefördert. Die Angaben von Dr. C.\_\_\_\_ und Dr. K.\_\_\_\_ zur Diagnose und damit zur Arbeitsfähigkeit vermögen deshalb nicht zu überzeugen. Es steht also nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit fest, dass der Beschwerdeführer an einer schizoaffektiven Störung, gegenwärtig depressiv mit zunehmendem Residuum (bzw. an einer der früher von diesen beiden Ärzten angegebenen Diagnosen) leidet. Auf die Arbeitsfähigkeitsschätzung der behandelnden Psychiater kann demzufolge nicht abgestellt werden. Allerdings überzeugt auch die Arbeitsfähigkeitsschätzung von Dr. H.\_\_\_\_ nicht. Erstens hat er nicht begründet, weshalb die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers wegen der leichten depressiven Störung in jeglicher in Frage kommenden Tätigkeit um 30 % eingeschränkt sein soll. Zweitens ist es aus der Sicht eines medizinischen Laien nicht nachvollziehbar, weshalb eine leichte Depression in einer adaptierten Hilfsarbeit, die insbesondere keine hohen Anforderungen an die Konzentration und die Belastbarkeit stellt (z.B. repetitive Tätigkeit ohne Zeitdruck und ohne Verantwortung), eine doch erhebliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 30 % zur Folge haben sollte. Drittens divergieren die von Dr. H.\_\_\_\_ bei der Verlaufsbeurteilung erhobenen Befunde mit jenen des neuropsychologischen Gutachters Dr. phil. M.\_\_\_\_. Während die Grundstimmung gemäss Dr. H.\_\_\_\_ nur etwas zum depressiven Pol hin verschoben und die affektive Modulationsfähigkeit nur etwas eingeschränkt gewesen sei (IV-act. 82-22), hat der neuropsychologische Gutachter eine schwergradige Affektarmut und eine schwergradige Deprimiertheit festgestellt (IV-act. 82-41). Viertens scheinen der psychiatrische wie auch der neuropsychologische Gutachter davon auszugehen, dass die angestammte Tätigkeit des Beschwerdeführers eine einfache Hilfsarbeit gewesen ist ("Maschinenbediener"). An keiner Stelle wird erwähnt, dass der Beschwerdeführer zuletzt als Schichtführer eine verantwortungsvolle Leitungsfunktion ausgeübt hat. Eine Leitungsfunktion ist dem Beschwerdeführer gemäss dem neuropsychologischen Gutachter jedoch gerade nicht mehr zumutbar. In Frage kommt eine einfache, eindeutig vorgeplante, repetitive Tätigkeit ohne hohen Produktionsdruck und mit eindeutigen Handlungsanweisungen. Diese Adaptionskriterien treffen auf die Tätigkeit als Schichtführer offensichtlich nicht zu. Dr. H.\_\_\_\_ hat angegeben, dass dem Beschwerdeführer jede in Frage kommende Tätigkeit



zu 70 % zumutbar sei. Er ist also offensichtlich davon ausgegangen, dass der Beschwerdeführer auch in seiner angestammten Tätigkeit noch zu 70 % arbeitsfähig ist. Das Gutachten von Dr. H.\_\_\_\_ erweist sich somit in Bezug auf die angestammte Tätigkeit resp. die Adaptionskriterien als widersprüchlich. Aus den genannten Gründen kann auch auf die Arbeitsfähigkeitsschätzung von Dr. H.\_\_\_\_ nicht abgestellt werden. Da keine überzeugende Arbeitsfähigkeitsschätzung im Recht liegt, ist eine psychiatrische Neubegutachtung – und nicht nur eine Verlaufsbegutachtung – notwendig. Selbstverständlich hat die Begutachtung nicht durch den Vorgutachter Dr. H.\_\_\_\_ zu erfolgen. Das psychiatrische Gutachten wird insbesondere Auskunft über den Verlauf der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Schichtführer/Induktionshärter sowie in einer adaptierten Tätigkeit ab Oktober 2010 (geltend gemachter Eintritt der Arbeitsunfähigkeit) geben müssen.

2.2 Zu prüfen bleibt, ob die Beschwerdegegnerin oder das Gericht die psychiatrische Neubegutachtung in Auftrag geben muss, d.h. ob die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen oder ein Gerichtsgutachten zu veranlassen ist. Gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung holt ein kantonales Versicherungsgericht in der Regel dann ein Gerichtsgutachten ein, wenn es im Rahmen der Beweiswürdigung zum Schluss kommt, ein bereits erhobener medizinischer Sachverhalt müsse (insgesamt oder in wesentlichen Teilen) noch gutachtlich geklärt werden oder eine Administrativexpertise sei in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig. Eine Rückweisung an die IV-Stelle bleibt hingegen möglich, wenn es darum geht, zu einer bisher vollständig ungeklärten Frage ein Gutachten einzuholen. Ebenso steht es dem Versicherungsgericht frei, eine Sache zurückzuweisen, wenn allein eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachterlichen Ausführungen erforderlich ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 11. Dezember 2014, 8C\_633/2014 E. 3.2; BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4). Im vorliegenden Fall liegt ein nicht beweiskräftiges psychiatrisches Administrativgutachten (mit Verlaufsgutachten) im Recht. Gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung müsste in diesem Fall ein Gerichtsgutachten eingeholt werden. Die bundesgerichtliche Praxis vermag jedoch nicht zu überzeugen: Die IV-Stellen sind gestützt auf Art. 43 Abs. 1 ATSG verpflichtet, die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vorzunehmen. Sie haben somit u.a. den medizinischen Sachverhalt soweit abzuklären, dass die Arbeitsunfähigkeit der versicherten Person mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit feststeht. Die



Beschwerdegegnerin hat die Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers in psychiatrischer Hinsicht nur ungenügend abgeklärt. Würde das Versicherungsgericht nun ein Gerichtsgutachten in Auftrag geben, würde es die der Beschwerdegegnerin obliegende Aufgabe der Sachverhaltsermittlung „übernehmen“. Dies wäre gesetzwidrig, da der Gesetzgeber diese Aufgabe, d.h. die rechtsgenügeliche Ermittlung des Sachverhalts, der Beschwerdegegnerin zugewiesen hat. Eine solche Rechtsverletzung kann durch die vom Bundesgericht angeführten Vorteile von Gerichtsgutachten, namentlich der Straffung des Gesamtverfahrens und der beschleunigten Rechtsgewährung (siehe (BGE 137 V 210 E. 4.4.1.2), nicht „geheilt“ werden. Zu beachten ist auch, dass einer versicherten Person durch die Einholung eines Gerichtsgutachtens die Möglichkeit genommen wird, den Rentenentscheid von zwei Instanzen überprüfen zu lassen. Dies ist insbesondere auch deshalb problematisch, weil das Bundesgericht nur über eine eingeschränkte Kognition verfügt, d.h. es kann den vom kantonalen Versicherungsgericht festgestellten Sachverhalt nur eingeschränkt überprüfen (siehe Art. 97 des Bundesgerichtsgesetzes, SR 173.110). Die Einholung eines Gerichtsgutachtens ist deshalb nur in jenen Fällen angezeigt, in denen die Beschwerdegegnerin den Sachverhalt zwar rechtsgenügelich abgeklärt hat, für die rechtliche Würdigung aber trotzdem die Einholung eines weiteren Gutachtens notwendig ist, namentlich weil zwei (oder mehr) überzeugende, sich jedoch widersprechende Arbeitsfähigkeitsschätzungen im Recht liegen. Die psychiatrische Neubegutachtung ist demnach durch die Beschwerdegegnerin in Auftrag zu geben.

2.3 In teilweiser Gutheissung der Beschwerde ist die angefochtene Verfügung wegen der Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes nach Art. 43 Abs. 1 ATSG aufzuheben und die Sache ist zur weiteren medizinischen Abklärung im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

3.

3.1 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. Praxisgemäss ist die Rückweisung der Sache zur ergänzenden Abklärung und neuen Beurteilung an die



Verwaltung als volles Obsiegen der beschwerdeführenden Partei zu werten (BGE 132 V 215 E. 6.2). Dementsprechend ist die Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- vollumfänglich der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- ist dem Beschwerdeführer zurückzuerstatten.

3.2 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Partei Anspruch auf eine Parteientschädigung. 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.--. Der Beschwerdeführer ist bis zum Abschluss des Schriftenwechsels rechtlich vertreten gewesen. Sein damaliger Rechtsvertreter hat keine Kostennote eingereicht. In einem Fall mit mittlerem Aufwand und Schwierigkeitsgrad wird praxisgemäss eine Pauschalentschädigung von Fr. 3'500.-- ausgerichtet. Da es sich um einen solchen Fall handelt, hat die Beschwerdegegnerin den Beschwerdeführer entsprechend mit Fr. 3'500.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen.

### Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 3. Dezember 2013 aufgehoben und die Sache wird zur weiteren Abklärung und zur anschliessenden Neuverfügung im Sinne der Erwägungen 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. 3'500.-- zu bezahlen.