



Fall-Nr.: IV 2016/103
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 13.12.2019
Entscheiddatum: 30.11.2016

Entscheid Versicherungsgericht, 30.11.2016

Art. 28 IVG. Bei (nach einer Rückweisung) durch psychiatrisches Gutachten ergänzter Beweislage ist (nebst den somatisch festgestellten Gesundheitsschäden) vom Vorliegen einer rezidivierenden depressiven Störung mit invalidisierender Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit des inzwischen im AHV-Alter stehenden Beschwerdeführers auszugehen (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 30. November 2016, IV 2016/103). Aufgehoben durch Urteil des Bundesgerichts 8C_14/2017.

Besetzung

Präsidentin Karin Huber-Studerus, Versicherungsrichterinnen

Monika Gehrler-Hug und Lisbeth Mattle Frei; Gerichtsschreiberin

Fides Hautle

Geschäftsnr.

IV 2016/103

Parteien

A.____,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwältin lic. iur. Filiz-Félice Aydemir Séquin, Magnihalden 7,
Postfach 14, 9004 St. Gallen,



St.Galler Gerichte

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

Rente

Sachverhalt

A.

A.a A.____ meldete sich am 11./26. November 2009 wegen seit 2005 bestehender Kniearthrosen beidseits zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an. Zuletzt sei er von 1989 bis Juni 2009 als Nachseher in einer Textilunternehmung tätig gewesen (IV-act. 1). - Gemäss einem "Zwischenzeugnis" der Arbeitgeberin vom 8. Juli 2009 (IV-act. 4-7) arbeitete der Versicherte Nachtschicht.

A.b Dr. med. B.____, Allgemeine Medizin FMH, gab dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) der Invalidenversicherung am 2./15. Dezember 2009 (Gesprächsprotokoll samt Bestätigung; IV-act. 10, 23) an, es lägen als Diagnosen (verkürzt wiedergegeben) eine Gonarthrose beidseits bei medialer Teilmeniskektomie links 26.05.08, ein Status nach Operation am Ellbogen rechts 02.2001, ein Status nach Operation und Neurolyse des N. ulnaris am Ellbogen links 01/2008 sowie eine depressive Störung vor. Seit einer ersten Konsultation wegen Kniebeschwerden im September 1999 habe der Versicherte immer wieder in Behandlung gestanden. Die vorgeschlagene Versorgung mit einer Kniegelenksprothese lehne er ab. Die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit werde durch Funktionsausfälle beim längeren Stehen, Gehen und Knien eingeschränkt. Vorwiegend im Sitzen zu verrichtende Tätigkeiten sollten medizinisch theoretisch vollschichtig möglich sein; das müsste jedoch von einem Spezialisten genau definiert werden. - Eine neuropsychologische Untersuchung der Klinik für Neurologie am Kantonsspital St. Gallen (visiert durch [...] C.____) hatte gemäss dazu eingereichtem Bericht vom 3. April 2003 (IV-act. 15-12 ff.) leichte bis mittelschwere kognitive



Beeinträchtigungen aufgezeigt. Im Vordergrund stünden die Aufmerksamkeitsdefizite mit klinisch beobachteten Konzentrationseinbrüchen und exekutiven Störungen mit verlangsamtem, gleichzeitig aber häufig vorschnellem Vorgehen bei deutlichen Anlauf-/Umsetzungs-schwierigkeiten. Es bestehe eine Diskrepanz zwischen den fremdanamnestisch (von der Tochter) angegebenen Problemen und den objektivierten Störungen (keine Gedächtnisdefizite). Daraufhin hatte die Klinik für Neurologie am Kantonsspital St. Gallen am 13. Juni 2003 (IV-act. 15-9 ff.) berichtet, es bestehe der Verdacht auf ein depressives Syndrom mit "depression related cognitiv dysfunction". Klinisch-neurologisch habe sich ein unauffälliger Status gezeigt. Ursache für die neuropsychologisch festgestellten Defizite könnten in einer affektiven Störung oder in einem chronischen Schlafdefizit bei langjähriger Nachtschichtarbeit (die der Versicherte keinesfalls aufgeben wolle) oder in beidem liegen. Zum Ausschluss einer metabolischen Ursache seien Bluttests (B12, B1, B6, Folsäure und TSH) zu machen. Insgesamt bestehe der dringende Verdacht auf ein zusätzliches depressives Syndrom (IV-act. 15-10 f.). Eine cranio-cerebrale Kernspintomographie vom Oktober 2007 (IV-act. 15-7) hatte eine leichtgradige diffuse corticale Hirnatrophie und eine geringfügige chronische Marklagerischämie gezeigt. Dr. med. D.____, Orthopädische Chirurgie FMH, hatte am 9. Januar 2009 (IV-act. 15-1) die Diagnose einer mittelstarken bis starken Gonarthrose vom varusmorphen Typ beidseits bekanntgegeben. Es hätten sich bereits kräftige Osteophyten medial gebildet, rechts falle vor allem eine Meniskus- und Chondrokalzinosis auf. Links seien im Mai 2008 eine Arthroskopie und eine mediale Teilmeniskektomie durchgeführt worden. Mit bereits zu diskutierenden Knietotalprothesen wolle man noch zuwarten.

A.c Nach einem bei den von der Krankentaggeldversicherung eingereichten Akten (Fremdakten G 3.2) liegenden Bericht vom 6. November 2009 (Fremdakten G 3.2 act. 1-1 ff.) hatte der Versicherte angegeben, nach der Operation vom Mai 2008 habe er seit Januar 2009 wieder vermehrt Schmerzen gehabt. Da aber ab diesem Monat Kurzarbeit angeordnet worden sei und er nur einen Tag pro Woche gearbeitet habe, habe er die Knieschmerzen als nicht so stark empfunden. Als er im Juni 2009 wegen gebesserter Wirtschaftslage wieder mehr arbeiten müssen, hätten die Schmerzen belastungsbedingt wieder massiv zugenommen. Gemäss dem Formular Krankmeldung/Taggeldanspruch vom 31. August 2009 (Fremdakten G 3.2 act. 1-6) war



der Versicherte nach der Kündigung vom 23. Juni 2009 ab dem 25. Juni 2009 zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben worden.

A.d In der Arbeitgeberbescheinigung vom 9. Dezember 2009 (samt Beilage, IV-act. 17) wurde angegeben, der Versicherte sei in der Nachtschicht mit einem betriebsüblichen vollen Pensum von 35 Stunden pro Woche tätig gewesen. Die Arbeit habe oft Gehen und Stehen und Tragen von Gewichten bis 10 kg, manchmal von Gewichten bis 25 kg und selten von Gewichten über 25 kg und selten Sitzen erfordert. Sie habe grosse Anforderungen an Konzentration/Aufmerksamkeit, Sorgfalt und Auffassungsvermögen und mittlere Anforderungen an das Durchhaltevermögen gestellt. Aus wirtschaftlichen Gründen sei dem Versicherten auf den 30. September 2009 gekündigt worden. Ohne Gesundheitsschaden würde er zurzeit pro Jahr Fr. 71'235.45 verdienen. Gemäss der Fehlzeitübersicht (IV-act. 17-12 f.) war der Versicherte vor dem 25. Juni 2009 bereits im Januar/Februar 2008 [bei Operation des linken Ellenbogens am 21. Januar 2008] sowie im Mai bis Juli 2008 [bei Arthroskopie des linken Kniegelenks am 25. Mai 2008] und Oktober/November 2008 längere Zeit krankgeschrieben gewesen. Ab Januar 2009 war unregelmässig Kurzarbeit geleistet worden, zunächst (mit einer Ausnahme) an drei bis vier Tagen pro Woche, ab 23. März 2009 noch an höchstens zwei Tagen pro Woche (IV-act. 17).

A.e Nachdem der Versicherte am 5. Januar 2010 angegeben hatte, für sich keine Möglichkeit zu einer Arbeit mehr zu sehen (IV-act. 25-2), wurde die IV-Eingliederungsberatung mit Mitteilung vom 23. März 2010 (IV-act. 27) abgeschlossen.

A.f In seinem Bericht vom 19. Juni 2010 (IV-act. 30-1 bis 5; vgl. auch IV-act. 32-6) nannte Dr. D.____ als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit Gonarthrosen beidseits, medial betont, links mehr als rechts, sowie ein chronisches Lumbovertebralsyndrom. Die bisherige Tätigkeit sei nicht mehr zumutbar, da der Versicherte beim dauernden Herumgehen im Betrieb und dem Heben von Stoffballen durch die Schmerzen beeinträchtigt sei. Der Versicherte habe deswegen mit der Arbeit aufhören müssen und es sei ihm gekündigt worden. Eine leichte, vorwiegend im Sitzen auszuübende Tätigkeit wäre ganztags mit einer Belastung von 50 % möglich. Nach einem operativen Vorgehen bezüglich der Gonarthrosen könne die Arbeitsfähigkeit bei einem guten Verlauf eventuell gesteigert werden.



St.Galler Gerichte

A.g Dr. B.____ wies am 20. Juni 2010 auf die Arbeitsfähigkeitsschätzung von Dr. med. E.____ von der zuständigen Krankentaggeldversicherung vom 20. April 2010 hin (IV-act. 29 und 30-6 f.): Danach lagen medialbetonte Gonarthrosen beidseits, links mehr als rechts, und ein chronisches Lumbovertebralsyndrom vor. Eine fortlaufende Arbeitsunfähigkeit von 100 % seit dem 25. Juni 2009 sei nicht vollumfänglich nachvollziehbar. Die körperlich mittelschwere bisherige Tätigkeit mit Möglichkeit zum Wechseln zwischen Stehen und Sitzen sei medizinisch-theoretisch weiterhin zumutbar, der Arbeitsplatz sei seit März 2010 aber nicht mehr vorhanden. Körperlich leichte bis gelegentlich mittelschwere Tätigkeiten mit Gewichtsbelastungen bis 12.5 kg in Wechselbelastung und -haltung (Sitzen, Stehen, Gehen) seien ab 19. April 2010 (Untersuchungsdatum) zumutbar. Im Bereich der Kniegelenke hätten sich keine Aktivierungszeichen einer Gonarthrose gezeigt. – Dr. B.____ attestierte dem Versicherten in einem Arztbericht vom 22. Juli 2010 (Eingang; IV-act. 32) eine volle Arbeitsunfähigkeit seit 25. August 2009.

A.h In einem von der Krankentaggeldversicherung veranlassten interdisziplinären Gutachten (samt Evaluation der arbeitsbezogenen funktionellen Leistungsfähigkeit, EFL) des Instituts M.____ vom 15. November 2010 (Fremdakten G 3.2) wurden unter dem Titel rheumatologischer Diagnosen (Dr. med. F.____, Rheumatologie und Innere Medizin FMH) im Wesentlichen angegeben (erstens) eine Tendenz zum generalisierten Schmerzsyndrom mit Gonarthrosen beidseits, chronisch rezidivierendem lumbovertebralem und zervikovertebralem Schmerzsyndrom, Bein- und Fusschmerzen unklarer Ätiologie, chronisch rezidivierenden Schulter- und Ellbogenschmerzen beidseits, Tendenz zum dysfunktionalen Schmerz- und Krankheitsverhalten mit Hinweisen auf eine erhebliche Symptomausweitung, (zweitens) Koordinationsschwierigkeiten unklarer Ätiologie, (drittens) Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen unklarer Ätiologie, (viertens) ein Verdacht auf arterielle Hypertonie und (fünftens) eine leichtgradige Hypertriglyzeridämie und Hypercholesterinämie. Eine angepasste Verweistätigkeit sollte dem Versicherten rheumatologisch betrachtet zumutbar sein, wobei aufgrund der multilokulären Schmerzsymptomatik ein vermehrter Pausenbedarf im Ausmass von 20 % über den Tag verteilt bestehe. Damit betrage die medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit in einer ideal angepassten Tätigkeit 80 %. Da sich jedoch Hinweise für eine zu Grunde liegende neurologische Grunderkrankung fänden, könne die Arbeitsfähigkeit aus



St.Galler Gerichte

somatischer Sicht nicht abschliessend beurteilt werden. - Unter psychiatrischem Aspekt (Dr. med. G.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH) wurde dargelegt, der Versicherte sei zum Zeitpunkt der Untersuchung (24. September 2010) psychopathologisch nicht sehr auffällig gewesen. Die Grundstimmung sei etwas zum depressiven Pol hin verschoben gewesen und es habe eine gewisse Hypomimie bestanden. Das Vorliegen einer Demenz könne nicht sicher ausgeschlossen werden. Aufgrund der vagen und teilweise widersprüchlichen Beschwerdeschilderung könnten auch kaum sinnvolle Angaben darüber gemacht werden, ob der Versicherte an einer affektiven Störung oder an einer Anpassungsstörung leide oder nicht. Weil auch die somatische Situation nicht klar sei, könne auch das allfällige Vorliegen einer somatoformen Schmerzstörung nicht beurteilt werden. - Es wurden im Gutachten insgesamt daher eine neurologische Untersuchung mit neuropsychologischer Untersuchung einschliesslich Symptomvalidierungstests, bei anhaltenden Schulterschmerzen links eine Schultersonografie und je nach Ergebnis der neurologischen Untersuchung eine weitere Abklärung zum Ausschluss einer dem ausgeprägten Nachtschweiss zugrunde liegenden malignen Erkrankung befürwortet. Der Rheumatologe hielt seinerseits fest, sollten die Untersuchungen unauffällig ausfallen, sei eine Arbeitsfähigkeit von 80 % anzunehmen. - Im Rahmen der EFL hatten sich erhebliche Hinweise auf eine Symptomausweitung gezeigt. Bezüglich der Arbeitsfähigkeit bestehe aus rein rheumatologischer Sicht eine nachvollziehbare Einschränkung in Form einer verminderten Belastbarkeit beim längeren Stehen und bei kniebelastenden Tätigkeiten. Der Rheumatologe hatte klinische Hinweise für eine Tendinopathie im Bereich der Rotatorenmanschette im linken Schultergelenk gefunden, ausserdem myofasciale Verspannungen im Schulter-/ Nackengürtel und eine vorwiegend schmerzbedingte Funktionsstörung der Lendenwirbelsäule bei nur geringen klinischen Befunden, unklare Bein-/Fusschmerzen (differentialdiagnostisch beginnende Polyneuropathie) sowie in der klinischen Untersuchung eine auffällige Koordinationsschwierigkeit, welche einerseits durch eine ausgeprägte Symptomausweitung oder andererseits durch eine neurologische Grunderkrankung verursacht sein könnte.

A.i Am 20. Juli 2011 erstattete Dr. med. H.____, Neurologie FMH, das auf Veranlassung des RAD (vgl. IV-act. 48) eingeholte Gutachten (IV-act. 56), das auch auf einem neuropsychologischen Teilgutachten der Klinik für Neurologie am Kantonsspital St.



Gallen ([...] C.____, Psychologin FSP/Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP) basierte. Es ergaben sich danach als Diagnosen (erstens) subjektive kognitive Defizite in Form von Gedächtnisstörungen ohne sichere Hinweise für eine organische Ursache (DD im Rahmen einer nicht näher zu bezeichnenden psychiatrischen Erkrankung) sowie (zweitens) ein generalisiertes Schmerzsyndrom mit bekannter Gonarthrose beidseits, ohne sichere Anhaltspunkte für eine Polyneuropathie oder ein Restless-legs-Syndrom, möglicherweise im Rahmen einer somatoformen Schmerzstörung. Weder klinisch noch elektrophysiologisch hätten sich Hinweise für eine organ-neurologische Erkrankung ergeben. Rein neurologisch betrachtet bestehe körperlich eine volle Belastbarkeit. Ob die Gonarthrosen für eine Arbeitsunfähigkeit relevant seien, könne aus neurologischer Sicht nicht entschieden werden. Die kognitiven Einschränkungen hätten im Rahmen der neuropsychologischen Untersuchung ätiologisch nicht sicher zugeordnet werden können, doch bestehe - aufgrund beider Untersuchungen - der hochgradige Verdacht, dass eine psychiatrische Erkrankung hierfür ganz wesentlich verantwortlich sei. Der Versicherte sei dringend nochmals adäquat psychiatrisch abklären zu lassen. Es sei unverständlich, dass der erstbeurteilende Psychiater zu keiner Diagnose gekommen sei. Die Beobachtungen bei der neurologischen Untersuchung würden auf eine somatoforme Schmerzstörung hinweisen, was in der psychiatrischen Beurteilung mit zu berücksichtigen sei. Da zudem ein hirnorganischer Faktor nicht ganz habe ausgeschlossen werden können, empfehle es sich im Hinblick auf die Frage nach einer allfälligen deutlichen Zunahme der Hirnatrophie auch, die kernspintomografische Untersuchung zu wiederholen. Neuropsychologisch seien multiple und hoch signifikante Verschlechterungen (gegenüber der neuropsychologischen Voruntersuchung vom April 2003) bei jedoch auch hoch auffälliger Symptomvalidierung nachweisbar. Einerseits sei von signifikanten nicht authentischen kognitiven Funktionsstörungen auszugehen, andererseits von signifikanten Verhaltensänderungen mit auch Hinweisen auf dissoziative Symptome, die jedoch bei der psychiatrischen Untersuchung im Jahr 2010 nicht festgestellt worden seien. Im entsprechenden Teilgutachten (IV-act. 54) wurde als Hauptdiagnose eine nicht näher bezeichnete Persönlichkeitsänderung, fremdanamnestisch zunehmend seit dem Unfall von 1986, bereits 2003 nachweisbar, angegeben. Dr. H.____ berichtete, gemäss dem Hausarzt habe die Aufhebung der Kurzarbeit kurz vor der Kündigung zu vermehrten Kniebeschwerden geführt (vgl. IV-act. 56-4).



A.j Nachdem eine cranio-cerebrale (Vergleichs-) Kernspintomographie vom 7. September 2011 (IV-act. 59) ein unverändertes Ausmass der Hirnatrophie ergeben und der RAD ein Abstellen auf eine Arbeitsfähigkeit von 80 % gemäss M.___-Gutachten vom 15. November 2010 befürwortet hatte, stellte die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen dem Versicherten eine Abweisung des Leistungsgesuchs bei einem Invaliditätsgrad von 33 % in Aussicht (IV-act. 63 f.). Mit Verfügung vom 19. Dezember 2011 (IV-act. 69) wies die IV-Stelle einen Rentenanspruch des Versicherten ab. - Die Beschwerde, welche der Versicherte gegen diese Verfügung am 1. Februar 2012 erheben liess (IV-act. 75), hiess das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen mit Entscheid vom 17. Januar 2014 (IV-act. 85) teilweise gut, hob die Verfügung auf und wies die Sache zur weiteren medizinischen Abklärung zurück. Bis zum Zeitpunkt des Erlasses der Verfügung vom 19. Dezember 2011 sei in somatischer Hinsicht von einer Arbeitsfähigkeit des Versicherten in adaptierter Tätigkeit von 80 % auszugehen. Es gebe zwar Hinweise auf diskrepantes Verhalten bzw. eine Aggravation des Versicherten, doch könne eine gleichzeitige psychiatrische Erkrankung nicht ausgeschlossen werden. Das psychiatrische M.___-Gutachten sei nicht abschliessend gewesen. Es sei eine psychiatrische Begutachtung zu veranlassen. Der von der Rechtsvertreterin des Versicherten angeführte Vorteil einer Begutachtung durch einen dessen Muttersprache sprechenden Psychiater wie Dr. I.___ erscheine nachvollziehbar; jedenfalls werde sich die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle um eine einvernehmliche Gutachtenseinholung bemühen müssen.

A.k Am 8. Oktober 2014 erstattete der [...] Psychiatrische Dienst J.___ (J.___; Dr. med. K.___, Psychiatrie und Psychotherapie FMH) das am 14./15. Mai 2014 in Auftrag gegebene psychiatrische Gutachten (IV-act. 103). Es liege eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradig depressive Episode, mit somatischem Syndrom vor. Der Versicherte sei zu 100 % arbeitsunfähig. - Der RAD erachtete diese Einschätzung am 11. November 2014 (IV-act. 105) als plausibel und empfahl eine Revision bereits nach einem Jahr. - In der Folge wurde dem Versicherten der Führerausweis auf unbestimmte Zeit entzogen (IV-act. 113).

A.l Mit Vorbescheid vom 7. August 2015 (IV-act. 118) stellte die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle der Rechtsvertreterin des Versicherten die Abweisung dessen Leistungsgesuchs, namentlich des Rentenanspruchs, bei einem



St.Galler Gerichte

Invaliditätsgrad von 33 % in Aussicht. - Mit "Einsprache" vom 16. September 2015 (IV-act. 119) liess der Versicherte eine volle (wohl: ganze) Rente ab Gesuchseinreichung, eventualiter eine Dreiviertels- oder halbe Rente, beantragen. - Am 24. Februar 2016 (IV-act. 121) verfügte die IV-Stelle im Sinn des Vorbescheids.

B.

Gegen diese Verfügung richtet sich die von Rechtsanwältin lic. iur. Filiz-Félice Aydemir Séquin für den Betroffenen am 1. April 2016 erhobene Beschwerde. Die Rechtsvertreterin beantragt, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und dem Beschwerdeführer sei eine angemessene Rentenleistung zuzusprechen, d.h. eine volle (wohl: ganze) Rente ab Gesuchseinreichung, eventualiter eine Dreiviertels-, eine halbe oder eine Viertelsrente. Ausserdem sei ihm die unentgeltliche Rechtspflege zu gewähren. Seit Oktober 2014 erhalte der Beschwerdeführer eine AHV-Rente. Auf das beweiskräftige psychiatrische Gutachten vom 8. Oktober 2014 könne abgestellt werden. Deshalb sei von einer selbständigen mittelgradigen Depression auszugehen. Allfällige psychosoziale Faktoren - falls vorhanden - hätten gemäss dem Gutachten für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit keine Rolle gespielt. Hierfür seien einzig die krankheitsbedingten kognitiven Einschränkungen und Beschwerden verantwortlich. Es treffe ferner nicht zu, dass keine therapeutische oder medikamentöse Behandlung erfolgt sei. Da die vor dem psychiatrischen Gutachten vom Oktober 2014 begutachtenden Ärzte (aufgrund der kognitiven Defizite des Beschwerdeführers) die Depression nicht klar hätten erkennen und diagnostizieren können, habe keine effiziente Behandlung erfolgen können. Dem Beschwerdeführer selber sei es verwehrt gewesen, von sich aus Medikamente auszuprobieren oder einen deutschsprachigen Therapeuten aufzusuchen. Die Muttersprache des Beschwerdeführers sprechende Therapeuten gebe es nur in beschränkter Zahl und sie seien räumlich weit weg. Schon 2003 sei aber vorsorglich Tolvon eingesetzt worden. Erst nachdem der Beschwerdeführer Dr. med. I.____, Neurologie FMH, aufgesucht habe, sei ab 2011 eine neurologisch-psychiatrische Gesprächs- und versuchsweise die - bis anhin anhaltende - medikamentöse Behandlung mit Venlafaxin aufgenommen worden. Sollte wider Erwarten auf das M.____-Gutachten abgestellt werden, sei bei der Bestimmung des Invalideneinkommens wegen der zahlreichen Einschränkungen ein Leidens- und Teilzeitabzug von 25 % zu berücksichtigen.



C.

In ihrer Beschwerdeantwort vom 12. Mai 2016 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. In Abweichung von der Beurteilung des an sich beweiskräftigen psychiatrischen Gutachtens vom Oktober 2014 sei eine invalidisierende Wirkung der depressiven Störung des Beschwerdeführers zu verneinen. Nach der bundesgerichtlichen Praxis seien leichte bis höchstens mittelschwere Störungen aus dem depressiven Formenkreis in der Regel therapierbar und führten invalidenversicherungsrechtlich nicht zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Als invalidisierende Krankheiten fielen sie einzig dann in Betracht, wenn sie erwiesenermassen gegenüber einer befolgten konsequenten, optimalen und nachhaltigen Therapie unter Ausschöpfen aller Möglichkeiten resistent seien. Nur in diesen seltenen Konstellationen sei den normativen Anforderungen von Art. 7 Abs. 2 zweiter Satz ATSG Genüge getan. Dass ein entsprechender Sachverhalt nicht auszuschliessen sei, reiche beweismässig nicht aus; er müsse überwiegend wahrscheinlich sein. Wie dem Gutachten vom Oktober 2014 zu entnehmen sei, habe beim Beschwerdeführer bis anhin keine fachärztliche psychotherapeutische Behandlung bzw. keine suffiziente pharmakotherapeutische und psychotherapeutische Behandlung stattgefunden. Weder das Verabreichen von Psychopharmaka durch Dr. B.____ und (vorübergehend) Dr. I.____ noch die Konsultationen bei letzterem Arzt ohne Facharztstitel in Psychiatrie oder psychotherapeutische Fachausbildung vermöchten hieran etwas zu ändern. Aus der gutachterlichen Beurteilung einer eher ungünstigen Prognose könne noch nicht auf Therapieresistenz geschlossen werden, zumal als therapeutische Massnahme immerhin eine psychotherapeutische, am ehesten eine verhaltenstherapeutische Behandlung in Kombination mit einer antidepressiven Medikation empfohlen worden sei. Von einer im erwähnten Sinn erstellten invalidenversicherungsrechtlich relevanten Therapieresistenz könne nicht gesprochen werden. Dazu komme, dass zur Verstärkung der depressiven Symptomatik im Jahr 2009 nicht unwesentlich der Verlust der Arbeitsstelle beigetragen habe, und der Beschwerdeführer finanziell vom Sohn abhängig sei. Es bestünden also Anzeichen dafür, dass sich die invaliditätsfremden Elemente nicht klar vom medizinischen Leiden trennen liessen. Die psychosozialen Faktoren vermöchten zwar medizinisch die Diagnose einer mittelschweren Depression, aber nicht rechtlich eine Invalidität zu begründen. Für 2014 sei von einem Valideneinkommen von Fr. 75'594.-- auszugehen.



St.Galler Gerichte

Das Invalideneinkommen sei ausgehend von einem Jahresverdienst von Fr. 66'130.-- (gemäss Tabelle TA1 der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik 2012 bei 41.7 Stunden pro Woche und angepasst an die Nominallohnentwicklung für Männerlöhne) zu bestimmen. Bei der durch das somatische Leiden auf 80 % eingeschränkten Arbeitsfähigkeit in leidensangepassten Tätigkeiten betrage das Invalideneinkommen Fr. 52'904.--. Ein Abzug vom Tabellenlohn sei nicht gerechtfertigt. Das Anforderungs- und Belastungsprofil lasse noch ein genügend breites Spektrum an zumutbaren Verweisungstätigkeiten zu. Eine psychisch bedingt erforderliche verstärkte Rücksichtnahme von Vorgesetzten und Arbeitskollegen sei bis anhin von der Gerichtspraxis nicht als eigenständiger Abzugsgrund anerkannt worden, da sie in erster Linie die realen Anstellungschancen betreffe. Auch eine reduzierte Leistungsfähigkeit bei vollzeitlicher Arbeit, das Lebensalter und sprachliche Schwierigkeiten rechtfertigten keinen Abzug, ebenso wenig der Ausländerstatus, verdienten doch Männer mit Niederlassungsbewilligung C zwar weniger als Schweizer, aber mehr als das Durchschnittseinkommen. Der Beschwerdeführer verliere zudem zwar den Vorteil der Dienstjahre, doch richte sich das Anfangseinkommen bei einem neuen Arbeitgeber auch nach der mitgebrachten Berufserfahrung und der durch die frühere langjährige Betriebstreue ausgewiesenen Zuverlässigkeit und Tüchtigkeit. Die Bedeutung der Dienstjahre nehme ausserdem im privaten Sektor mit dem Anforderungsprofil ab. Der Invaliditätsgrad betrage somit 30 %; selbst bei einem Abzug von 10 % würde er noch rentenausschliessende 37 % ausmachen.

D.

Mit Replik vom 20. Juni 2016 hält die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers mit Ausnahme des Gesuchs um unentgeltliche Rechtspflege (wegen Rechtsschutzversicherung zurückgezogen) an den Anträgen fest. Die von der Beschwerdegegnerin zitierten Bundesgerichtsentscheide würden sich auf Sachverhalte mit frühzeitig erfassten psychiatrischen Diagnosen und ausdrücklichem Hinweis auf die Behandelbarkeit der Depression - meist einer leichten bis maximal mittelgradigen Depression ohne Korrelat zu arbeitsbedingten Einschränkungen in somatischer Hinsicht - beziehen. Der Beschwerdeführer dagegen sei auch aus somatischer Sicht nur eingeschränkt - zu 80 % - arbeitsfähig. Das Gutachten empfehle zwar eine



verhaltenstherapeutische (nicht aber eine medikamentöse) Behandlung, halte aber fest, die Zugangsvoraussetzungen seien deutlich erschwert. Der RAD habe denn auch von medizinischen Massnahmen in absehbarer Zeit keine Besserung erwartet. Spätestens ab dem 12. März 2012 habe sich der Beschwerdeführer "neuro-psychiatrisch" durch Dr. I. ___ behandeln lassen. Dass dieser Arzt im Nachhinein nicht mehr als praktizierender Psychiater im Medizinalregister eingetragen sei, dürfe dem Beschwerdeführer nicht angelastet werden. Die Beschwerdegegnerin sei bereit gewesen, ihn mit einer psychiatrischen Begutachtung zu beauftragen, bevor er mitgeteilt habe, nicht mehr psychiatrisch, sondern in erster Linie nur noch neurologisch tätig zu sein. Dem Beschwerdeführer gegenüber sei er stets als Psychiater aufgetreten. Der Beschwerdeführer sei im Übrigen bei wichtigen Alltagsanforderungen auf die Unterstützung der Familienmitglieder angewiesen. Eine finanzielle Abhängigkeit zum Sohn bestehe nicht.

E.

Die Beschwerdegegnerin hat am 24. Juni 2016 auf die Erstattung einer Duplik verzichtet.

F.

Mit Eingabe vom 20. September 2016 ersucht die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers um eine rasche Entscheidfindung, denn nach Angaben seiner Vorsorgeeinrichtung werde er am ___ 2016 ordentlich pensioniert und sei es wegen des hängigen Beschwerdeverfahrens nicht möglich, die entsprechende Rente zu berechnen.

Erwägungen

1.

1.1 Im Streit liegt die Verfügung vom 24. Februar 2016, mit welcher die Beschwerdegegnerin das Leistungsgesuch des Beschwerdeführers, namentlich einen Rentenanspruch, abgewiesen hat. Da die Anmeldung vom November 2009 - also nicht aus einer Zeit vor dem 1. Januar 2009 - datiert, richtet sich der allfällige Rentenbeginn



St.Galler Gerichte

nach Art. 29 Abs. 1 IVG in der seit 1. Januar 2008 geltenden Fassung (vgl. Übergangsregelung des Bundesamtes für Sozialversicherungen vom 12. Dezember 2007; Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 9. Oktober 2012, IV 2010/133, e contratio).

1.2 Der Beschwerdeführer lässt Rentenleistungen beantragen. Streitgegenstand bildet daher zunächst der allfällige Rentenanspruch. Ergibt sich allerdings, dass ohne Eingliederungsmassnahmen ein Rentenanspruch in Frage steht, so gehört zum Streitgegenstand notwendigerweise auch die Frage, ob die Verwaltung den Grundsatz "Eingliederung vor Rente" beachtet und eine allfällige Pflicht des Beschwerdeführers zu Massnahmen korrekt in Anspruch genommen habe. Die IV-Eingliederungsberatung war bereits mit Mitteilung vom 23. März 2010 abgeschlossen worden.

2.

2.1 Nach Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % Anspruch auf eine Viertelsrente.

2.2 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist gemäss Art. 28a Abs. 1 IVG Art. 16 ATSG anwendbar. Danach wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen; sog. allgemeine Methode der Invaliditätsbemessung).

3.

Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist rechtsprechungsgemäss entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdienen würde (vgl. etwa Bundesgerichtsentscheid 9C_422/15 vom 7. Dezember 2015). - Der Beschwerdeführer stand während rund zwanzig Jahren im selben



St.Galler Gerichte

Arbeitsverhältnis, bevor ihm gekündigt worden ist. Er hatte (zumindest noch) im Juni 2003 geäußert, er fühle sich durch die Nachtarbeit nicht überfordert und wolle diese Tätigkeit auf gar keinen Fall aufgeben. Die entsprechende Tätigkeit stellte aber erhebliche Anforderungen bezüglich des Stehens und Gehens, des Umgangs mit Gewichten (gemäss Angaben in der Arbeitgeberbescheinigung; anders aber die nachträglichen Angaben des Beschwerdeführers bei der EFL im September 2010, Fremdakten G 3.2 act. 4-18) und der geistigen Fähigkeiten (u.a. Konzentration/Aufmerksamkeit, Sorgfalt). Es traten wegen der Operationen (an Ellbogen und Kniegelenk) bereits ab Januar 2008 (bis November 2008; ab Januar 2009 reduzierte sich die Arbeitsbelastung durch eine gewisse Kurzarbeit) längere Arbeitsunfähigkeitsphasen auf. Nach Angaben des Beschwerdeführers bei der J. ___ - Begutachtung (IV-act. 103-6) hat er sich nicht mehr auf das Wesentliche konzentrieren und die Maschine nicht mehr richtig einstellen und bedienen können wie früher. Er habe sich Sorgen gemacht und täglich befürchtet, wieder etwas zu vergessen oder falsch zu machen. Der Schlaf sei gestört gewesen, dadurch auch die Konzentration. Immer häufiger seien ihm Fehler (mit Materialschaden) passiert. Er sei deswegen und wegen Langsamkeit gerügt und schliesslich entlassen worden. Wie im Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 17. Januar 2014 festgehalten, ist davon auszugehen, dass die gesundheitlichen Beeinträchtigungen zur Kündigung geführt haben, dass er also ohne Eintritt des Gesundheitsschadens weiterhin dort angestellt geblieben wäre und (ab April 2008 bzw. im Dezember 2009) einen Lohn von Fr. 71'235.-- erzielt hätte.

4.

4.1 Nach der Kündigung des langjährigen Arbeitsverhältnisses (gemäss dem IK-Auszug war er schon vor 1989 zusätzlich bereits von 1982 bis 1985 während dreier Jahre dort beschäftigt gewesen) war der Beschwerdeführer ab dem 25. Juni 2009 nach Angaben von Dr. B. ___ in dieser (bisherigen) Arbeit nicht mehr arbeitsfähig. Dr. D. ___ bestätigte eine solche Arbeitsunfähigkeit am 19. Juni 2010. Dr. E. ___ jedoch hielt die Tätigkeit gemäss Bericht vom April 2010 für zumutbar, doch ist anzunehmen, dass dabei die Belastungen im Arbeitsprofil ungenügend berücksichtigt wurden.

4.2



4.2.1 Für eine adaptierte Tätigkeit wurde bei der M.____-Begutachtung unter rheumatologischem Aspekt eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % festgestellt. Bei der neurologischen Untersuchung ergab sich in der Folge keine Belastungseinschränkung aus diesem (neurologischen) Grund (vgl. Gutachten von Dr. H.____). Es kann, was die Arbeitsfähigkeit aus somatischer Sicht betrifft und wie bereits im Entscheid vom 17. Januar 2014 für den Sachverhalt bis zum 19. Dezember 2011 festgehalten, für den vorliegend zu beurteilenden Zeitraum auf die Arbeitsunfähigkeitsschätzung von 20 % abgestellt werden, während diejenige von 50 % des behandelnden Arztes dagegen nicht durchzudringen vermag.

4.2.2 Bei der psychiatrischen J.____-Begutachtung ergab sich gemäss dem Gutachten von Dr. K.____ vom Oktober 2014 als Diagnose eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradig depressive Episode. Das Gutachten wurde in Kenntnis der Vorakten und eines von Dr. B.____ zur Verfügung gestellten Laborbefunds vom 23. Juli 2014 erstattet. Die Exploration samt Anamneseerhebung erfolgte durch eine Referentin und durch den die Muttersprache des Beschwerdeführers beherrschenden Facharzt. Ferner wurden Gespräche mit Dr. I.____ und der Tochter des Beschwerdeführers geführt. Das Gutachten basiert zudem auf verschiedenen diagnostischen Tests, davon einem in der Muttersprache des Beschwerdeführers. In Letzterem (Beck-Depressionsskala) etwa entsprach das Ergebnis einer schweren Depression, die Testung mit der Hamilton-Skala ergab eine mittelschwere Depression und im MMS- (Mini-Mental-Status-) Test war ein Ergebnis falsch und waren fünf nicht beurteilbar, die übrigen 24 Punkte richtig (wobei 30 Punkte für uneingeschränkte kognitive Funktion stehen und Werte von 20 bis 26 Punkten für eine leichte Demenz sprechen, vgl. <https://de.wikipedia.org/wiki/Mini-Mental-Status-Test>; zum Vergleich: gemäss dem neuropsychologischen Teilgutachten vom Mai 2011 hatte der Test 22 Punkte ergeben). Die Abklärung ist daher als umfassend zu betrachten.

4.2.3 Der Befundschilderung (gemäss der Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie, AMDP) ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer psychomotorisch unruhig gewesen sei. Aufmerksamkeit, Konzentration, Merkfähigkeit und Gedächtnis seien im Gespräch zunehmend eingeschränkt gewesen. Die affektive Stimmungslage habe zum depressiven Pol hin ausgelenkt, der formale Gedankengang verlangsamt und zeitweise blockiert zu sein



geschienen. Der Beschwerdeführer habe teilweise an den Fragen vorbei geantwortet und häufig nachfragen müssen. Er habe verschiedene Beschwerden beschrieben (in psychiatrischer Hinsicht etwa Gedankenkreisen und Grübeln, ausgeprägte Freudlosigkeit, reduzierten Antrieb, ausgeprägte Tagesmüdigkeit mit erhöhtem Schlafbedürfnis und erheblichem Vitalitätsverlust, Ein- und Durchschlafstörungen, Interesselosigkeit und zunehmenden Rückzug aus sämtlichen sozialen Bezügen, wegen Gereiztheit und Lautwerdens immer wieder belastete Kontakte in der engeren Familie, daneben gewisse Ängste und Zwänge; in somatischer Hinsicht häufiges Schwitzen, Schwindel, Kopfschmerzen, Juckreiz am Kopf, Kribbeln am ganzen Körper, Brennen der Füsse, Schmerzen an Knien und Armen). Auf Nachfrage habe er angegeben, sich oftmals zu wünschen, nicht weiterleben zu müssen, ohne sich aber etwas antun zu wollen. Im Gutachten wurde festgehalten, der affektive Rapport sei nur bedingt herstellbar gewesen. - Die erhobene Diagnose erscheint insgesamt nachvollziehbar begründet und ausgewiesen. Die Beschwerdegegnerin erachtet das Gutachten als solches ebenfalls als beweiskräftig.

4.2.4 Im Gutachten ist dem psychischen Gesundheitsschaden eine volle Arbeitsunfähigkeit zugeschrieben worden. In dieser Beziehung weicht die Beschwerdegegnerin in ihrer Auffassung vom Gutachten ab und stellt sich auf den Standpunkt, das Leiden des Beschwerdeführers sei nicht invalidisierend, und zwar einerseits weil die rechtsprechungsgemäss vorausgesetzte Therapieresistenz der depressiven Störung nicht ausgewiesen sei und andererseits weil belastende psychosoziale Faktoren zur entsprechenden Symptomatik beigetragen hätten und eine Trennung dieser invaliditätsfremden Elemente vom medizinischen Leiden nicht möglich sei.

4.2.5 Wie die Beschwerdegegnerin vorbringt, hat das Bundesgericht festgehalten, (in der Versichertengemeinschaft ubiquitär verbreitete) Störungen leicht bis mittelgradiger depressiver Natur würden einzig in der - angesichts ihrer im Allgemeinen guten Behandelbarkeit selten zu findenden - erwiesenen Konstellation als invalidisierende Krankheiten in Betracht fallen, dass die aus fachärztlicher Sicht indizierten zumutbaren (ambulanten und stationären) Behandlungsmöglichkeiten bei guter Kooperation konsequent, optimal und nachhaltig angewandt und ausgeschöpft worden sind (vgl. Bundesgerichtsentscheid vom 14. April 2016, 9C_13/16; vgl. auch BGE 140 V 193,



BGE 137 V 64, BGE 141 V 281). - Im Urteil vom 29. Oktober 2013, 9C_454/13, hat das Bundesgericht betreffend einen Sachverhalt, bei welchem das Beschwerdebild von Anfang an wesentlich durch invaliditätsfremde psychosoziale Umstände geprägt war, ausgeführt, solche Faktoren vermöchten medizinisch die Diagnose einer mittelschweren Depression, aber rechtlich keine Invalidität zu begründen.

4.2.6 Dem J.___-Gutachten ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer erstmals im Jahr 2006 pharmakologisch antidepressiv behandelt wurde. Das Medikament (Tolvon, gemäss Arzneimittelkompendium zur Behandlung von depressiven Erkrankungen) wurde ca. 2011 wegen einer Nebenwirkung (Müdigkeit; IV-act. 103-7) bzw. wegen ausgebliebener Wirkung (IV-act. 103-10) abgesetzt. Ab 2011 habe der Neurologe Dr. I.___ Venlafaxin (gemäss Arzneimittelkompendium ein Mittel hauptsächlich bei Episoden einer Major Depression und bei Angststörungen) eingesetzt. Eine psychotherapeutische Behandlung war bis zur Begutachtung nicht erfolgt. - Im Gutachten wird zudem festgehalten, die im Juni 2009, kurz vor dem zwanzigjährigen Arbeitsjubiläum, ausgesprochene Kündigung - als wichtiger psychosozialer Faktor - scheine das depressive Zustandsbild verstärkend beeinflusst zu haben. Die schon länger vorhandenen Zweifel an der eigenen Leistungsfähigkeit und die Ängste vor dem Nichtgenügen und vor der Kündigung hätten sich dadurch für den Exploranden scheinbar bestätigt.

4.2.7 Diese Sachlage rechtfertigt für sich allein genommen allerdings nicht, vorliegend ein invalidisierendes Leiden entgegen der fachärztlich-gutachterlich abgegebenen und begründeten Arbeitsfähigkeitsschätzung zu verneinen. Zu berücksichtigen ist namentlich, dass im J.___-Gutachten von einer deutlich fortgeschrittenen Chronifizierung der Depression berichtet wird. Die depressive Symptomatik, welche wahrscheinlich im Jahr 1999 begonnen habe, habe sich im Verlauf zunehmend gezeigt bzw. sich ausgeweitet. Es zeigt sich denn auch nach der Aktenlage, dass schon im Jahr 2003, also sechs Jahre vor der anhaltend attestierten Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit, neurologische und neuropsychologische Abklärungen getroffen wurden und daraufhin von der Klinik für Neurologie am Kantonsspital St. Gallen der Verdacht auf ein depressives Syndrom mit "depression related cognitiv dysfunction" geäussert wurde. Neuropsychologisch waren damals Defizite festgestellt worden, deren Ursache in einer affektiven Störung oder in einem chronischen Schlafdefizit bei



langjähriger Nachtschichtarbeit vermutet worden war. Bei der M.____-Begutachtung vom November 2010 war ebenfalls festgestellt worden, dass die Grundstimmung des Beschwerdeführers etwas zum depressiven Pol hin verschoben gewesen sei und eine gewisse Hypomimie bestanden habe. Eine Demenz konnte nicht sicher ausgeschlossen werden. Gemäss dem Gutachten vom Juli 2011 war damals erneut der hochgradige Verdacht auf eine psychiatrische Erkrankung aufgekommen und waren Hinweise auf eine somatoforme Schmerzstörung gefunden worden. Aufgrund der neuro-psychologischen Untersuchung wurde unter anderem von signifikanten Verhaltensänderungen mit auch Hinweisen auf dissoziative Symptome berichtet und es wurde eine nicht näher bezeichnete Persönlichkeitsänderung diagnostiziert.

4.2.8 Im J.____-Gutachten wird - was überzeugend erscheint - angenommen, dass für den Beschwerdeführer schon im Jahr 2003 die ersten Einschränkungen am Arbeitsplatz (Konzentrationsmangel und Vergesslichkeit) deutlich geworden seien, die damals zur Abklärung geführt hätten und im zeitlichen Verlauf durchgängig und als zunehmend geschildert worden seien. Das Leiden wirkt sich gemäss dem Gutachten in zahlreichen Beeinträchtigungen aus, die in einer beruflichen Tätigkeit erheblich leistungseinschränkend seien, so etwa in einer mit den Schlafstörungen verbundenen Tagesmüdigkeit. In Kombination mit dem ausgeprägten Antriebsmangel würden die Möglichkeiten, eine Arbeit aufzunehmen bzw. über mehrere Stunden durchzuhalten, erheblich eingeschränkt. Die Konzentrations- und Aufmerksamkeitsdefizite würden das Risiko von Fehlern am Arbeitsplatz wesentlich erhöhen und könnten zu Schaden führen. Aufgrund der Minderung des Selbstwertgefühls und der Versagensängste müsste mit einem Vermeidungsverhalten gerechnet werden, da leichtere Anforderungen vom Beschwerdeführer schon als vermeintlich nicht zu bewältigende Belastung erlebt würden. Regenerationsmöglichkeiten würden fehlen. Wie aus dem Gutachten hervorgeht, wirken sich die Störungen im Alltag und auch im Freizeitbereich aus. Ein solcher Vergleich von Beschwerdeschilderung, Beobachtungen auf Befundebene und Beobachtungen anhand des Berichts über alltagsrelevante Beeinträchtigungen erlaubt nach einleuchtender Meinung von Dr. med. M. Reiber, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie (geäussert im Artikel "Krank oder faul? Über den Willen, den Schmerz zu bewältigen, und das Problem des Arztes, die Arbeitsfähigkeit unter dem Aspekt der Arbeitswilligkeit zu betrachten", in: René Schaffhauser/Franz Schlauri [Hrsg.], Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gallen 2003,



S. 136 f.), eine gutachterliche Plausibilitätsprüfung bei der Messung von Schmerz und zumutbarer Willensanspannung und stellt eine Methode der Erhebung der psychiatrischen Arbeitsunfähigkeit dar, was auch hier berücksichtigt werden kann (vgl. für psychosomatische Störungen auch BGE 141 V 281). Die Teilhabe an anderen Lebensbereichen als der bisherigen (beruflichen oder Aufgabenbereichs-) Tätigkeit ist zur Beurteilung der Konsistenz der Leistungsfähigkeit von grosser Bedeutung (so die 3. A. vom Juni 2016 der Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie SGPP in SZS 2016 435 ff., 477).

4.2.9 Des Weiteren ist darauf hinzuweisen, dass der Venlafaxinspiegel bei der Untersuchung vom Juli 2014 im Referenzbereich lag, was einen Hinweis darauf bildet, dass der Beschwerdeführer das verschriebene Medikament zu sich nimmt. Gemäss dem J.___-Gutachten war er im Übrigen sehr kooperativ, habe sich bemüht, die Fragen korrekt zu beantworten und habe sehr gewissenhaft gewirkt.

4.2.10 Wie im Entscheid des kantonalen Versicherungsgerichts vom 17. Januar 2014 (E. 2.8) dargelegt, sind bei den verschiedenen Untersuchungen allerdings auch Hinweise auf eine (erhebliche) Symptomausweitung aufgefallen. - Im J.___-Gutachten dagegen wurde festgehalten, die Beschwerdeberichte des Beschwerdeführers seien in sich konsistent gewesen. Es hätten keine Diskrepanzen oder Widersprüche in den Schilderungen beobachtet werden können. Auffällig seien dagegen die Verständnisschwierigkeiten des Beschwerdeführers gewesen, welche durch die Übersetzung des die Muttersprache beherrschenden Psychiaters eindeutig als formale Denkstörungen und Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen im Rahmen der depressiven Erkrankung hätten erkannt werden können. Dieses krankheitsbedingte Kriterium sei in den früheren Untersuchungen und Anamneseerhebungen nicht hinreichend differenziert erkannt worden, da psychiatrische Fachkenntnisse und Sprachkenntnisse (sc. bis anhin) nicht in einer einzigen Person (sondern stets die einen beim Psychiater, die andern beim Dolmetscher) vorhanden gewesen seien. - Die Feststellung von Symptomausweitung bei der EFL basiert (nebst in gleich dreifacher Hinsicht berücksichtigten Diskrepanzen bei der Handkrafttestung) unter anderem auf einer deutlich zu tiefen Selbsteinschätzung des Beschwerdeführers. Wie im EFL-Bericht (Fremdakten G 3.2 act. 4-20) ausdrücklich erwähnt, ist bei der Interpretation



dieser Befunde das Ergebnis der (damals noch ausstehenden) psychiatrischen Abklärung zu berücksichtigen. Wird der Einfluss des nunmehr fachärztlich psychiatrisch diagnostizierten Leidens miteinbezogen, so ergibt sich eine ausreichende Erklärung. Angemerkt werden kann in diesem Zusammenhang auch, dass bei der neuropsychologischen Abklärung vom Mai 2011 (bei der Hauptdiagnose einer nicht näher bezeichneten Persönlichkeitsänderung) zwar nicht authentische kognitive Funktionsstörungen als im Vordergrund stehend beschrieben worden waren, aber ebenfalls angenommen wurde, es dürften auch unbewusste Anteile (im Sinn eines anzunehmenden psychiatrischen Faktors) vorhanden sein (IV-act. 54-5).

4.2.11 Im J.____-Gutachten wurden bei der Arbeitsfähigkeitsschätzung schliesslich auch die vorhandenen Ressourcen des Beschwerdeführers berücksichtigt (IV-act. 103-11).

4.2.12 Insgesamt ist daher aufgrund dieser Beweiswürdigung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer, wie im J.____-Gutachten festgestellt, aufgrund des diagnostizierten Leidens nicht mehr arbeitsfähig ist. - Steht aber fest, dass ein Krankheitszustand mit (unüberwindlichem, d.h. ganze oder teilweise Unzumutbarkeit einer Tätigkeit bewirkendem) Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit vorliegt, ist unerheblich, ob auch soziale, invalidenversicherungsfremde Faktoren als (Teil-) Ursache bei dessen Entstehung eine wesentliche Rolle gespielt haben (vgl. dazu BGE 139 V 547 E. 3.2.2).

4.3 Was die Behandelbarkeit des psychischen Leidens betrifft, geht das J.____-Gutachten angesichts des sehr wahrscheinlich mehr als 14-jährigen Verlaufs der depressiven Symptomatik ohne suffiziente Behandlung zwar von einer sehr ungünstigen Prognose aus, hält bei optimalen Behandlungsbedingungen langfristig eine symptomatische Linderung aber allenfalls für möglich. Es wäre eine psychotherapeutische (am ehesten verhaltenstherapeutische) Behandlung in Kombination mit einer antidepressiven Medikation zu empfehlen. Zu einer geeigneten und zumutbaren konsequenten psychiatrischen Therapie hätte der Beschwerdeführer allenfalls auch verpflichtet werden müssen (vgl. Abbruch bei Dr. I.____, weil zu weit weg und Behandlung nicht hilfreich, IV-act. 103-5), das kam allerdings schon wegen des Alters des Beschwerdeführers, der bei der Erstattung des J.____-Gutachtens im Oktober



2014 __-jährig war und inzwischen im AHV-Alter steht, nicht mehr in Frage. Ob eine Senkung des Invaliditätsgrads damit tatsächlich hätte erreicht werden können, scheint mit Blick auf die ungünstige Prognose unwahrscheinlich.

5.

5.1 Angesichts der (teilweise somatisch und hauptsächlich psychiatrisch bedingten) vollen Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers in adaptierten Tätigkeiten ist von einer vollen Erwerbsunfähigkeit und Invalidität auszugehen, weshalb Anspruch auf eine ganze Rente besteht.

5.2 Nach dem oben erwähnten Art. 29 Abs. 1 IVG entsteht der Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, das heisst vorliegend bei Anmeldung im November 2009 frühestens im Mai 2010.

5.3 Anspruch auf eine Rente haben nach Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die (nebst den Anforderungen nach lit. a) während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c). Die einjährige Wartezeit gilt als eröffnet, sobald eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 20 % vorliegt (AHI 1998 S. 124 E. 3c). Ein wesentlicher Unterbruch der Arbeitsfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person an mindestens 30 aufeinanderfolgenden Tagen voll arbeitsfähig war (Art. 29ter IVV; Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts i/S K. vom 26. März 2004, I 19/04). - Nach der Aktenlage bestanden schon längere Zeit gewisse Leistungseinschränkungen, eine (durchgehende) Arbeitsunfähigkeit wurde dem Beschwerdeführer jedoch ab dem 25. Juni 2009 attestiert. Es ist daher im Juni 2010 ein Wartejahr abgelaufen. - Der Beschwerdeführer hat demnach Anspruch auf eine ganze Rente ab 1. Juni 2010.

6.

6.1 Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 24. Februar 2016 teilweise gutzuheissen und dem Beschwerdeführer ab 1. Juni 2010 eine ganze Rente zuzusprechen.



6.2 Angesichts des vollen Unterliegens der Beschwerdegegnerin rechtfertigt es sich, ihr die Gerichtskosten, die nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festgelegt werden (Art. 69 Abs. 1 bis IVG), gesamthaft aufzuerlegen (vgl. Art. 95 Abs. 1 VRP/SG). Eine Entscheidegebühr von Fr. 600.-- erscheint angemessen. Dem Beschwerdeführer ist der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- zurückzuerstatten.

6.3 Der Beschwerdeführer hat bei vollem Obsiegen auch Anspruch auf Ersatz der Parteikosten, die vom Gericht ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen werden (Art. 61 lit. g ATSG; vgl. auch Art. 98 ff. VRP/SG, sGS 951.1). Der Bedeutung der Streitsache und dem Aufwand angemessen erscheint eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer).

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 24. Februar 2016 aufgehoben und dem Beschwerdeführer wird im Sinn der Erwägungen ab 1. Juni 2010 eine ganze Rente zugesprochen.

2.

Die Beschwerdegegnerin hat eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen.

3.

Dem Beschwerdeführer wird der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- zurückerstattet.

4.

Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.