



**Fall-Nr.:** IV 2016/398  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 17.10.2019  
**Entscheiddatum:** 25.06.2019

### **Entscheid Versicherungsgericht, 25.06.2019**

**Art. 7 ATSG, Art. 8 ATSG, Art. 28 IVG: Beschwerdegegnerin hat psychiatrisches Gutachten in unzulässiger Weise eigenständig interpretiert. Orthopädisches Gutachten überzeugt nicht. Rückweisung zur Weiterführung des Verwaltungsverfahrens bzw. zur Vornahme weiterer Abklärungen (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 25. Juni 2019, IV 2016/398). Aufgehoben durch Urteil des Bundesgerichts 9C\_463/2019.**

#### **Entscheid vom 25. Juni 2019**

Besetzung

Präsident Ralph Jöhl, Versicherungsrichterinnen Monika Gehrler-Hug und Karin Huber-Studerus; Gerichtsschreiberin Sabrina Bleile

Geschäftsnr.

IV 2016/398

Parteien

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

**Beschwerdeführer,**

vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. Ronald Pedergrana, Rorschacher Strasse 21,  
Postfach 27, 9004 St. Gallen,

gegen



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

**Beschwerdegegnerin,**

Gegenstand

**Rente**

**Sachverhalt**

**A.**

**A.a** A.\_\_\_\_ (nachfolgend: Versicherter) war vom \_\_ 2007 bis \_\_ 2008 als Produktionsmitarbeiter bei der B.\_\_\_\_ AG in einem Pensum von 100 % angestellt (IV-act. 21 S. 9 f. i.V.m. 1 S. 5). Das Arbeitsverhältnis wurde dem Versicherten aus wirtschaftlichen Gründen bzw. wegen krankheitsbedingtem Ausfall gekündigt (vgl. IV-act. 21 S. 2 i.V.m. S. 10, vgl. ferner IV-act. 9 und 23). Am 3. Dezember 2008 unterzog sich der Versicherte aufgrund einer Femurkopfnekrose im Spital C.\_\_\_\_ einer Operation mit Einsatz einer Hüfttotalprothese links (IV-act. 10 S. 4 f.). Am 16. Dezember 2008 meldete sich der Versicherte erstmals bei der IV-Stelle des Kantons St. Gallen (nachfolgend: IV-Stelle) zum Bezug von Leistungen an (IV-act. 1). Am 20. Mai 2009 teilte er der IV-Stelle telefonisch mit, dass er seit dem 17. April 2009 wieder zu 100 % arbeitsfähig geschrieben sei und für die Stellensuche von dem regionalen Arbeitsvermittlungszentrum (RAV) optimale Unterstützung erhalte (IV-act. 23 S. 3). Daher wurde die Arbeitsvermittlung seitens der IV-Stelle mit einer Mitteilung vom 28. Mai 2009 abgeschlossen (IV-act. 23 S. 3 und S. 26). Nach Erlass eines entsprechenden Vorbescheids (vgl. IV-act. 27) lehnte die IV-Stelle mit einer Verfügung vom 9. Juli 2009 auch den Anspruch auf eine Invalidenrente ab, da der Versicherte seit dem 17. April 2009 wieder zu 100 % arbeitsfähig sei (IV-act. 29).

**A.b** Vom 16. Januar bis 24. Februar 2012 befand sich der Versicherte für eine ambulante Rehabilitationsbehandlung in der Klinik D.\_\_\_\_. Am 12. März 2012 berichteten Oberarzt Dr. med. E.\_\_\_\_ und Chefarzt Dr. med. F.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Klinik D.\_\_\_\_, der Versicherte leide an einer Anpassungsstörung gemischt Depression und Angst bestehend seit Januar 2010. Sie führten dazu aus, der



Versicherte habe von Ein- und Durchschlafstörungen sowie von Rücken- und Hüftschmerzen berichtet. Ferner leide er an einer raschen Ermüdbarkeit und an einem Energiemangel. Tagsüber sei er angespannt, nervös, gereizt und gegenüber Gegenständen aggressiv. Bis zur Operation im Dezember 2008 sei er immer gesund gewesen. Nach der Operation habe sich schleichend eine depressive Symptomatik entwickelt. Dr. E.\_\_\_\_ und Dr. F.\_\_\_\_ beschrieben den Versicherten als kognitiv reduziert. Die Konzentration sei erschwert. Das formale Denken sei eingeeengt und grübelhaft. Der affektive Rapport sei erhalten, jedoch sei der Versicherte stimmungsmässig niedergeschlagen, hoffnungslos und ratlos mit erhöhter Reizbarkeit. Psychomotorisch sei er verlangsamt. Aktuell sei der Versicherte zu 50 % arbeitsunfähig. Nach einer Stabilisierungsphase könne eine Arbeitswiederaufnahme von 100 % in einer angepassten Tätigkeit per Ende April 2012 in Betracht gezogen werden (IV-act. 32 S. 11 ff.).

**A.c** Ein am 22. August 2012 angefertigtes MRT der Hüftgelenke zeigte eine aspektmässig ältere subchondrale Femurkopfnekrose zentral an der Tragezone des rechten Femurkopfes in einer Ausdehnung von 2.1 x 1.5 cm (ca. 10 % des Kopfvolumens), eine leichte bis mässige Coxarthrose rechts, einen degenerativ veränderten Limbus antero-lateral und lateral sowie eine mittelgradige bis teilweise schwere fettige Atrophie der Glutealmuskulatur (IV-act. 32 S. 8). Auf einem MRT der Lendenwirbelsäule vom 23. August 2012 war eine grosse, median beginnende und gegen medio-rechtslateral ausladende, medio-rechtslateral nach caudal prolabierende und hier sequestrierende Diskushernie ausgehend vom Segment L4/5 mit dadurch verursachter langstreckiger Dorsalverlagerung und Kompression des prärecessalen bis recessalen Anteils der Nervenwurzel L5 rechts sichtbar. Des Weiteren zeigte sich eine geringe dorsale Diskusprotrusion auf der Höhe L5/S1 mit einer flachbogigen medianen Diskushernie, aber ohne dadurch verursachte neurale Kompromittierungen. Zudem war ein dehydrierter minim dorsal höhengeminderter Discus intervertebralis L3/4 mit einer geringen dorsalen Diskusprotrusion und einem Anulusriss mit einer sehr flachbogigen medianen, leicht medio-linkslateral betonten Diskushernie, aber einem minimalen discogenen Kontakt zum prärecessalen Anteil der Nervenwurzel L4 links ohne Dorsalverlagerung oder Kompression derselben erkennbar (IV-act. 32 S. 7).



**A.d** Bei einer Untersuchung in der Klinik X.\_\_\_\_ des Kantonsspitals St. Gallen (KSSG) vom 29. August 2012 gab der Versicherte an, er verspüre seit etwa 10 Tagen Schmerzen an der Aussenseite des rechten Beines. Wegen dem mit den Schmerzangaben korrelierenden MRT-Befund mit dem nach kaudal sequestrierenden Bandscheibenprolaps auf der Höhe LW4/5 rechtsseitig, rieten die behandelnden Ärzte dem Versicherten zu einer Operation. Zugleich bezeichneten sie die Operationsindikation bei fehlenden neurologischen Ausfallerscheinungen als relativ (IV-act. 32 S. 5 f.).

**A.e** In einem Sprechstundenbericht der Klinik Y.\_\_\_\_ des Spitals C.\_\_\_\_ vom 21. September 2012 nannten die behandelnden Ärzte die folgenden Diagnosen: Femurkopfnekrose rechts, Status nach Implantation einer Hüfttotalprothese links (3. Dezember 2008), chronisch rezidivierende Lumboischialgie bei Diskusprotrusion LWK3/4 sowie Status nach negativer Nervenwurzelinfiltration L4 links (22. Juni 2008), Diskushernie L4/5 rechts bei Radikulopathie L5 rechts bei grosser sequestrierender Diskushernie L4/5 mit langstreckiger Dorsalverlagerung und Kompression Nervenwurzel L5 rechts und mässiger Spondylarthrose sowie Osteochondrose L3-S1, Hyperlipidämie, Adipositas und Anpassungsstörung gemischt Depression und Angst. Weiter hiess es in dem Bericht, dass der Versicherte über zunehmende Beschwerden im Bereich des rechten Hüftgelenks klagte. Sowohl im MRT als auch radiologisch zeigten sich Zeichen einer zunehmenden Hüftkopfnekrose. Diese sei bereits vorbekannt gewesen, jedoch nun weiter zunehmend. Bei gleichzeitiger Kompression der rechten Nervenwurzel durch die Diskushernie könnten die Schmerzen nicht sicher dem Hüftgelenk zugeordnet werden, weshalb zur Schmerzlokalisierung intraartikulär die Durchführung einer diagnostischen Infiltration empfohlen werde. Bei einem positiven Resultat könne über die Durchführung der Hüfttotalprothese nachgedacht werden (IV-act. 32 S. 3 f.).

**A.f** Am 20. Februar 2014 wurde aufgrund rezidivierender Lumboischialgien links ein vertebrospinales lumbales MRT durchgeführt. Im Vergleich zum MRT vom 23. August 2012 zeigte sich eine weitgehend grössenkonstante Darstellung der mittelvolumigen medianen, medio-rechtslateralen Diskushernie L4/5 mit einer regredienten nach kaudal reichenden bzw. sequestrierenden Komponente mit einer noch immer bestehenden Dorsalverlagerung der Nervenwurzel von L5 rechts und auch mit einem Kontakt zur



Nervenwurzel L5 links präzessal mit einer möglichen Irritation dieser Nervenwurzel. Je nach klinischer Indikation sei eine periradikuläre Infiltration der Nervenwurzel L5 links zu empfehlen. Weiter zeigte sich eine progrediente mittelgradige rechts akzentuierte Osteochondrose L4/5 mit einer neu aufgetretenen flächenhaften Deckplatten-Hernitation in LWK5 rechtsseitig. Eine Regredienz war bei der vormals bereits kleinvolumigen medianen leicht medio-linkslateralen Diskushernie L3/4 ohne Kontakt zu neuralen Strukturen zu sehen. Noch immer zeigte sich eine kleinvolumige mediane leicht medio-linkslateral akzentuierte Diskushernie L5/S1. Auch waren vorbestehende leichtgradige Facettengelenksarthrosen L4/5 und L5/S1 sowie vorbestehende leichtgradige Chondrosen bzw. Osteochondrosen TH11/TH12, TH12/L1, L3/L4 und L5/S1 zu sehen (IV-act. 32 S. 2). Am 27. Februar 2014 wurde in der Radiologie G.\_\_\_, Diagnosezentrum H.\_\_\_, eine periradikuläre Infiltration der Nervenwurzel L5 links vorgenommen (IV-act. 32 S. 1).

**A.g** Am 30. Juni 2014 berichteten Oberassistentenarzt Dr. E.\_\_\_ und Oberarzt Dr. med. I.\_\_\_, Psychiatrie-Zentrum J.\_\_\_, über den Versicherten, welcher am 23. Mai 2014 für eine Erstkonsultation vorstellig geworden war. Als Diagnosen nannten sie eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom, und einen Verdacht auf eine ängstlich-abhängige Persönlichkeitsstörung. Der Versicherte habe davon berichtet, dass es seit einem Monat zu einer Zuspitzung der Ein- und Durchschlafstörungen gekommen sei. Seit Jahren leide er auch an einem gestörten Selbstbild und an der Unfähigkeit, einfachste Entscheidungen zu treffen. In vielen Bereichen sei er auf den Rat seiner Ehefrau angewiesen. Sein Alltag sei mit negativen Gedanken geprägt, die ihn in einen Zustand der Hilflosigkeit und der Hoffnungslosigkeit führten. Passive Todeswünsche seien ihm bekannt, jedoch könne er sich vor allem wegen seinen Eltern davon distanzieren (IV-act. 50).

**A.h** In einer orthopädischen Sprechstunde im Spital C.\_\_\_ vom 1. Juli 2014 berichtete der Versicherte, er habe seit drei Wochen wieder zunehmende Beschwerden links. Er habe diese linksseitigen Schmerzen schon anfangs des Jahres einmal verspürt. Nach der Infiltration der Nervenwurzel L5 links sei er beschwerdefrei gewesen (IV-act. 37 S. 1).



## St.Galler Gerichte

**A.i** Am 17. Juli 2014 meldete sich der Versicherte erneut zum Bezug von IV-Leistungen an. Er gab Rückenschmerzen und Schmerzen im linken Bein an (IV-act. 31).

**A.j** Am 22. Juli 2014 wurde aufgrund massiver Schmerzen gluteal links mit Ausstrahlung in die linke Wade eine CT-gesteuerte Wurzelinfiltration L5 links durchgeführt (IV-act. 38 S. 8). Allerdings hatte die Infiltration gemäss Dr. med. K.\_\_\_, Z.\_\_\_ AG, nur mässigen Erfolg (IV-act. 38 S. 1 ff.).

**A.k** Am 2. September 2014 fand eine Verlaufskontrolle in der Klinik Y.\_\_\_ des Spitals C.\_\_\_ statt. Die behandelnden Ärzte kamen zum Schluss, dass sicherlich eine gemischte Schmerzgenese bestehe, wobei aktuell jedoch die Symptomatik im Bereich der Bursa trochanterica links in der Schmerzsymptomatik führend sei. Aus diesem Grund werde eine Infiltration der Bursa trochanterica empfohlen. Der Versicherte habe hierfür bereits einen Termin. Danach sei zur Gangschulung Physiotherapie durchzuführen (IV-act. 55 f.).

**A.l** In einem am 9. September 2014 von der IV-Stelle beim Versicherten durchgeführten Assessmentgespräch gab dieser an, aktuell keine Arbeitsstelle zu haben. Zuletzt habe er von \_\_ bis \_\_ 2013 als Schreiner-Hilfsarbeiter bei der L.\_\_\_ GmbH gearbeitet. Die Arbeit sei leicht und wechselbelastend (sitzend, gehend, wenige Gewichte) gewesen und er habe je nach Arbeitsanfall fünf bis acht Stunden pro Tag gearbeitet. Doch die Beschwerden hätten immer mehr zugenommen. Die Firma habe ihm dann gekündigt (IV-act. 48 S. 2). Die L.\_\_\_ GmbH gab gegenüber der IV-Stelle an, dass das Arbeitsverhältnis wegen der aufgrund von Schwindel und Übergewicht fehlenden Eignung des Versicherten für Tätigkeiten im Hoch- und Tiefbau bzw. Stahlbau und wegen der krankheitsbedingten Ausfälle mündlich und einvernehmlich aufgelöst worden sei (IV-act. 53 S. 1).

**A.m** Am 6. November 2014 attestierte Dr. K.\_\_\_ dem Versicherten vom 1. November bis 30. November 2014 eine 50%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit (wechselbelastend), d.h. keine schwer hebenden und länger stehenden Tätigkeiten unter Einhaltung von regelmässigen Pausen von 15 Minuten nach jeder Stunde bzw. nach spätestens eineinhalb Stunden (vgl. IV-act. 57).



**A.n** In einem Bericht an die IV-Stelle vom 17. November 2014 nannten Dr. E.\_\_\_\_ und Oberarzt Dr. med. M.\_\_\_\_, Psychiatrie-Zentrum J.\_\_\_\_, folgende Diagnosen: Rezidivierende depressive Störung, mittelgradige bis schwere Episode mit somatischem Syndrom, generalisierte Angststörung und abhängige Persönlichkeitsstörung. Der affektive Rapport sei knapp herstellbar gewesen. Stimmungsmässig sei der Versicherte niedergeschlagen, bedrückt, traurig und weinerlich gewesen. Eine testpsychologische Untersuchung habe einen Wert ergeben, welcher der Diagnose einer abgängigen Persönlichkeitsstörung entspreche. Aufgrund der Chronifizierung des depressiven Zustandes und der Kürze der Remissionsphase sei die Prognose ungünstig. Auf längere Zeit sei nicht mit einer Besserung zu rechnen. Der Versicherte sei für die angestammte Tätigkeit als Fabrikangestellter am Fließband im Schichtbetrieb sowie für eine angepasste Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig. Er sei durch die Ein- und Durchschlafstörungen, die rasche Ermüdbarkeit, die Konzentrationsstörungen, die sehr niedrige psycho-physische Stresstoleranz sowie die reduzierte geistige Flexibilität eingeschränkt (IV-act. 59 S. 1 ff.).

**A.o** Am 24. Dezember 2014 berichtete Dr. med. N.\_\_\_\_, Spezialarzt FMH für Chirurgie, Wirbelsäulenleiden, Schleudertrauma und orthopädische Traumatologie, dass der Versicherte seit Jahren an einem chronisch rezidivierenden lumbovertebralen Syndrom mit einer radikulären Ausstrahlung bei einer wechselhaften Seitenlokalisation leide. Des Weiteren sei eine Femurkopfnekrose beidseits aufgetreten. Wegen der Femurkopfnekrose sei im Dezember 2008 links eine Hüfttotalendprothese durchgeführt worden. Die bildgebenden Verfahren hätten den Befund einer multisegmentalen Diskopathie im Bereich der LWS L3-S1 mit Spondylarthrose und Osteochondrose sowie einer Diskushernie L4/5 sequestriert rechts und einer Diskusprotrusion LWK 3/4 links gezeigt. Seit Jahren werde eine intensive physiotherapeutische Behandlung mit teilweise temporärem Erfolg durchgeführt. Bei dem Versicherten bestehe eine verminderte Belastbarkeit des Achsenorgans. Für alle Tätigkeiten mit Heben und Tragen von schweren Lasten sowie für wirbelsäulenbelastende Tätigkeiten und solche in Zwangshaltung, für langdauerndes reines Stehen insbesondere in vornüber geneigter Körperhaltung, für alle Tätigkeiten mit repetitiven rotierenden Stereotypen der Rumpf- oder Halswirbelsäule sowie für überwiegend im Überkopfbereich zu verrichtende Arbeiten sei der Versicherte aufgrund seiner Diagnosen nicht geeignet. Zumutbar erschienen körperlich leichte Tätigkeiten in Wirbelsäulen-adaptierten



## St.Galler Gerichte

Wechselpositionen mit der Möglichkeit zum Wechseln zwischen Sitzen, Stehen und Gehen. Insbesondere sei dem Versicherten jedoch kein kurzzeitiges Heben von Lasten über 5 Kg und kein länger andauerndes Heben von Lasten über 2 Kg zumutbar. In einer solchen der Behinderung angepassten Tätigkeit wäre der Versicherte aus somatischer Sicht zu 50 % arbeitsfähig (IV-act. 67 f.).

**A.p** Am 24. Februar 2015 unterzeichnete der Versicherte eine Vereinbarung mit dem Ziel einer sozialen Rehabilitation, der Ermittlung der Leistungsfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt und der aktiven Stellensuche mit Coaching (IV-act. 71). Mit einer Mitteilung vom 18. März 2015 sprach die IV-Stelle dem Versicherten eine Beratung und Unterstützung bei der Stellensuche zu (IV-act. 73). Gleichentags erteilte sie eine Kostengutsprache für eine sozialberufliche Rehabilitation vom 2. März bis 31. Mai 2015 bei der Stiftung O.\_\_\_\_ (IV-act. 74). Der Rehabilitationsaufenthalt musste dann aber frühzeitig per 30. April 2015 abgebrochen werden (vgl. IV-act. 78 und 80 S. 4 ff.). Gemäss der Abschlussbeurteilung der Stiftung O.\_\_\_\_ vom 20. Mai 2015 hatte sich der Versicherte als gelernter Tischler vorgestellt und das Einsatzprogramm in der Holzwerkstatt mit leichten Arbeiten in einem Pensum von 50 % begonnen. Leider habe sich schnell herausgestellt, dass der Versicherte aufgrund seiner gesundheitlichen Situation dieser Anforderung nicht habe gerecht werden können. In der Folge sei er mit dem Bau von Insektenhotels beauftragt worden, was ihn körperlich weiter hätte entlasten sollen. Ein Effekt habe nicht mehr festgestellt werden können, da der Versicherte in der folgenden Zeit krankheitsbedingt abwesend gewesen sei. Mit einer Mitteilung vom 7. Juli 2015 schloss die IV-Stelle sodann die beruflichen Massnahmen ab (IV-act. 85).

**A.q** In einem Bericht an die IV-Stelle vom 7. August 2015 bescheinigte Dr. K.\_\_\_\_ dem Versicherten eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit mindestens Mai 2015. Möglicherweise könne je nach Verlauf wieder eine Einsatzfähigkeit für körperlich leichte Tätigkeiten, allenfalls in einem Teilzeitpensum, erlangt werden (IV-act. 87 S. 1 ff.).

**A.r** Am 14. Oktober 2015 bezeichnete Dr. E.\_\_\_\_ den Gesundheitszustand des Versicherten seit der letzten Beurteilung als stationär. Dem Versicherten sei weder die bisherige noch eine adaptierte Tätigkeit zumutbar (IV-act. 97).



**A.s** Am 27. Januar 2016 wurde der Versicherte im Auftrag der IV-Stelle von der Z.\_\_\_\_ polydisziplinär (orthopädisch, internistisch und psychiatrisch) im Beisein einer Dolmetscherin begutachtet (vgl. IV-act. 125 S. 1 ff.). Im Rahmen der orthopädischen Begutachtung wurde auf Zuweisung des Gutachters Dr. med. P.\_\_\_\_, Spezialarzt Orthopädie FMH, zertifizierter medizinischer Gutachter SIM, am 29. und 30. März 2016 eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) in der Orthopädie und Physiotherapie Q.\_\_\_\_ durchgeführt (IV-act. 125 S. 59 ff.). Laut dem Abschlussbericht zur EFL vom 31. März 2016 hatte die standardisierte Bewertung verschiedener Bereiche ergeben, dass keine Symptomausweitung vorgelegen hätte. Die bisherige Tätigkeit als Produktionsmitarbeiter sei aus funktioneller Sicht nicht vollumfänglich zumutbar gewesen. Die Anforderungen seien zu hoch gewesen. Ganztags zu stehen, zu gehen oder zu sitzen sei dem Versicherten nicht zumutbar (IV-act. 125 S. 61). Zumutbar sei dem Versicherten aus funktioneller Sicht eine leichte bis mittelschwere wechselbelastende Tätigkeit mit einer maximalen Arbeitszeit von sechs Stunden pro Tag. Bei einer langdauernden Belastung komme es zu einer Zunahme der Beschwerden und zu Funktionsstörungen. Die maximal zumutbaren Gewichte unter der Voraussetzung eines ergonomischen Griffs und einer ergonomischen Haltung seien beim Heben vom Boden 10 Kg, beim Heben bis Kopfhöhe 7.5 Kg, beim horizontalen Heben 12.5 Kg, beim Tragen vorne 12.5 Kg, beim Tragen in der rechten Hand 10 Kg und beim Tragen mit der linken Hand 12.5 Kg. Vorwiegend sitzende, vorwiegend stehende oder vorwiegend gehende Arbeit sei nur manchmal (maximal drei Stunden am Tag) zumutbar. Vorgeneigte Haltungen, Rotationen im Sitzen und schweres Stossen seien selten zumutbar. Repetitive Kniebeugungen, Treppensteigen und das Steigen auf Leitern seien wegen des erheblichen Konditionsmangels ebenfalls selten zumutbar. Arbeiten über Schulterhöhe, schweres Ziehen, Kriechen und Knien seien manchmal zumutbar (IV-act. 125 S. 62). Dr. P.\_\_\_\_ nannte in seinem orthopädischen Teilgutachten insbesondere gestützt auf eine in der Klinik für Radiologie und Nuklearmedizin des KSSG in Auftrag gegebene MRT-Untersuchung vom \_\_ Februar 2016 (vgl. IV-act. 125 S. 2 i.V.m. 8) als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Pseudolumboischialgie rechts bei Diskushernie L3/4 mit Spondylarthrose und Ausspannung der Nervenwurzel L4 links, eine Diskushernie L4/5 mit Osteochondrose und Spondylarthrose ohne neurale Kompression sowie eine Diskusprotrusion L5/S1 ohne neurale Kompression. Als Diagnosen ohne Auswirkung



auf die Arbeitsfähigkeit erwähnte er unklare Schmerzen im linken oberen Sprunggelenk bei minimaler Osteophytenbildung am Unterrand des malleolus medialis, einen Status nach Hüfttotalprothese links, leichte Spreizfüsse sowie die Adipositas (IV-act. 125 S. 8). Er gelangte zum Schluss, dass die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Produktionsmitarbeiter (eine leichte, jedoch primär sitzende, aber auch stehende und gehende Tätigkeit) seit Mai 2008 75 % bei voller Stundenpräsenz betrage. Körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten in temperierten Räumen, abwechslungsweise sitzend und stehend oder gehend, ohne häufige inklinierte, reklinierte und rotierte Körperhaltungen, bei denen keine Gegenstände regelmässig vom Boden über 10 Kg, horizontal über 12.5 Kg, vorne über 12.5 Kg, in der rechten Hand über 10 Kg und in der linken Hand über 12.5 Kg gehoben werden müssten, könnten seit Mai 2008 bei voller Stundenpräsenz zu 100 % zugemutet werden (IV-act. 125 S. 21). Dr. med. R.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, nannte in seinem psychiatrischen Teilgutachten als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom, bestehend seit etwa Januar 2014 und eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit ängstlich-vermeidenden und abhängigen Persönlichkeitszügen (IV-act. 125 S. 35). Aus rein psychiatrischer Sicht, ohne Berücksichtigung der körperlich begründbaren Beschwerden, könne in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Produktionsmitarbeiter aufgrund der mittelgradigen depressiven Episode mit somatischem Syndrom bei der zugrundeliegenden kombinierten Persönlichkeitsstörung eine 50%ige Arbeitsfähigkeit bei einem vollen Stundenpensum seit Januar 2014 angenommen werden. Der Zeitraum davor könne aufgrund ungenauer anamnestischer Angaben mit unpräzisen Beschwerdeschilderungen sowie fehlender psychiatrischer Arztberichte retrospektiv nicht eindeutig eingeschätzt werden. Aufgrund der rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom bei zugrundeliegender kombinierter Persönlichkeitsstörung, erschienen die emotionale Belastbarkeit, die geistige Flexibilität, der Antrieb, die Interessen, die Motivation und die Dauerbelastbarkeit beeinträchtigt. In einer leidensadaptierten Tätigkeit könne aus psychiatrischer Sicht eine 60%ige Arbeitsfähigkeit bei vollem Stundenpensum seit etwa Januar 2014 angenommen werden. Für den Zeitraum davor könne retrospektiv keine Einschätzung vorgenommen werden. Bei einer adaptierten Arbeit sollte es sich



um Tätigkeiten ohne erhöhte emotionale Belastung, ohne erhöhten Zeitdruck (Stressbelastung), ohne erforderliche geistige Flexibilität, ohne vermehrte Kundenkontakte und ohne überdurchschnittliche Dauerbelastung handeln (IV-act. 125 S. 41 ff.). Ein Überwiegen von psychosozialen Faktoren sei nicht anzunehmen und an psychosozialen Faktoren liessen sich vor allem die Arbeitslosigkeit, die finanziellen Belastungen bei einem fehlenden Einkommen und die mangelnde Beherrschung der deutschen Sprache erheben (IV-act. 125 S. 44). Die Prognose sei nur begrenzt günstig. Der Versicherte bedürfe der Fortsetzung der regelmässigen psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung kombiniert mit antidepressiver Medikation (z.B. Trittico), worunter eine Besserung der Schlafstörungen und der depressiven Symptomatik innerhalb eines Jahres zu erwarten wäre, verbunden mit einer Leistungssteigerung mit einer etwa 70%igen Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten und einer 80%igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit (IV-act. 125 S. 43). Dr. med. S.\_\_\_\_ konnte in seiner internistischen Untersuchung keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erheben. Aus internistischer Sicht liege seit jeher keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vor (IV-act. 125 S. 46 f.). In ihrer konsensualen Beurteilung vom 4. April 2016 (vgl. IV-act. 125 S. 2) bzw. in ihrem Gutachten vom 14. April 2016 (vgl. IV-act. 125 S. 1) kamen die drei Gutachter zum Schluss, dass der Versicherte aufgrund der somatischen Diagnosen in der bisherigen Tätigkeit als Produktionsmitarbeiter bei voller Stundenpräsenz zu 25 % und aufgrund der psychiatrischen Diagnosen seit Januar 2014 zu 50 % arbeitsunfähig sei. Körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten in temperierten Räumen, abwechslungsweise sitzend und stehend oder gehend, ohne häufige inklinierte, reklinierte oder rotierte Körperhaltungen, bei denen keine Gegenstände über 10 Kg regelmässig vom Boden respektive horizontal über 12.5 Kg gehoben werden müssten, bei denen keine Gegenstände vorne über 12.5 Kg, in der rechten Hand über 10 Kg und in der linken Hand über 12.5 Kg getragen werden müssten, könnten seit Mai 2008 bei voller Stundenpräsenz zu 100 % zugemutet werden. Seit Januar 2014 sollte es sich zusätzlich um Tätigkeiten ohne eine erhöhte emotionale Belastung, ohne eine Stressbelastung, ohne eine besondere geistige Flexibilität, ohne vermehrte Kundenkontakte und ohne eine überdurchschnittliche Dauerbelastung handeln. Die Arbeitsfähigkeit bestehe seit diesem Zeitpunkt für leidensadaptierte Tätigkeiten bei voller Stundenpräsenz zu 60 % (IV-act. 125 S. 52).



## St.Galler Gerichte

**A.t** Am 30. Mai 2016 teilte der Versicherte der IV-Stelle mit, dass Dr. K.\_\_\_\_ für ihn wegen starker Schmerzen in beiden Beinen auf den 6. Juni 2016 einen Termin im KSSG vereinbart habe. Er möchte sich erkundigen, ob er sich noch beim Spezialarzt der orthopädischen Chirurgie melden müsse, weil er seit den Übungen vom 29. und 30. März 2016, die seiner Meinung nach viel zu schwer für ihn gewesen seien, sehr starke Schmerzen verspüre. Er habe seither von Dr. K.\_\_\_\_ schon zwei Spritzen und zusätzlich Schmerztabletten erhalten (IV-act. 130).

**A.u** Mit einem Vorbescheid vom 14. Juni 2016 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, dass sie beabsichtige, das Rentenbegehren abzuweisen. Gemäss dem Z.\_\_\_\_- Gutachten vom 14. April 2016 sei er aus somatischer Sicht in einer angepassten Tätigkeit voll arbeitsfähig. Psychiatrischerseits seien eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom, und eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit ängstlich-vermeidenden und abhängigen Persönlichkeitszügen diagnostiziert worden. Die Arbeitsfähigkeit sei psychiatrischerseits auf 60 % in einer leidensangepassten Tätigkeit geschätzt worden. Der Arzt sei nach der Rechtsprechung zwar für die Beschreibung des Gesundheitszustandes und für die Diagnosestellung zuständig. Deren juristische Bewertung hingegen obliege dem Rechtsanwender. Die Diagnose einer kombinierten Persönlichkeitsstörung sei aus Sicht des Rechtsanwenders nicht lege artis gestellt worden, da die diesbezüglichen gutachterlichen Ausführungen keine nachvollziehbare, sich an den massgeblichen diagnostischen Kriterien orientierende Begründung darstellten. Hinsichtlich der Persönlichkeit sei somit keine anspruchrelevante Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit dargetan. Was die rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom, anbelange, sei zu berücksichtigen, dass rechtsprechungsgemäss leichte bis höchstens mittelschwere depressive Störungen einzig dann als invalidisierende Krankheiten in Betracht fielen, wenn sie erwiesenermassen therapieresistent seien. Dem psychiatrischen Teilgutachten sei zu entnehmen, dass die seit 2011 durchgeführte Behandlung bei Dr. E.\_\_\_\_ nur begrenzt günstig sei. Der Versicherte bedürfe der Fortsetzung der regelmässigen psychischen und psychotherapeutischen Behandlung kombiniert mit einer antidepressiven Medikation, wodurch eine Besserung der Schlafstörungen und der depressiven Verstimmung innerhalb eines Jahres verbunden mit einer Leistungssteigerung auf eine etwa 70%ige Arbeitsfähigkeit in der zuletzt



ausgeübten und auf eine 80%ige Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit zu erwarten sei. Auch wenn der psychiatrische Gutachter die begonnene Therapie grundsätzlich als geeignet angesehen habe, habe er dennoch hinsichtlich der Medikation Verbesserungspotential ausgemacht, weshalb nicht von einer invalidenversicherungsrechtlich erstellten Therapieresistenz gesprochen werden könne. Invalidenversicherungsrechtlich sei somit von einer vollen Arbeitsfähigkeit des Versicherten auszugehen. Die abweichende Beurteilung vom an sich beweiskräftigen Gutachten sei die Folge davon, dass die normativen Rahmenbedingungen die Annahme einer rentenauslösenden Gesundheitsschädigung vorliegend nicht zuließen. Bei einem Invaliditätsgrad von 0 % bestehe kein Rentenanspruch (IV-act. 136 S. 1 ff.). In einem gleichentags von der Klinik X.\_\_\_\_ des KSSG erstellten Bericht hielten die behandelnden Ärzte fest, dass ein MRT der Lendenwirbelsäule vom \_\_ Februar 2016 einen Bandscheibenprolaps LW4/5 medio-bi-lateral rechts etwas mehr als links gezeigt habe. Aufgrund der beidseitig auftretenden Schmerzen würden sie eine beidseitige Nervenwurzelinfiltration L5 empfehlen (IV-act. 153). Am 26. Juni 2016 liess der Versicherte der IV-Stelle weitere Arztzeugnisse von Dr. K.\_\_\_\_ und Dr. E.\_\_\_\_ zukommen, welche eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bescheinigten. Überdies liess er der IV-Stelle ein Aufgebot der Klinik X.\_\_\_\_ des KSSG für eine Infiltration zukommen (IV-act. 137 ff.).

**A.v** Am 21. Juli 2016 erhob der Versicherte, vertreten durch seine Tochter T.\_\_\_\_ gegen den Vorbescheid einen Einwand. Darin machte er geltend, dass er am 29. und 30. März 2016 an einer ambulanten Untersuchung der arbeitsbezogenen körperlichen Leistungsfähigkeit teilgenommen habe. Nach einigen Übungen habe er starke Schmerzen verspürt und er habe ständig Pausen einlegen müsse. Er habe sich sehr bemüht, die Tests sauber durchzuführen, jedoch seien einige Übungen viel zu schwer für ihn gewesen. Er habe nach dem Belastungstest sehr starke, nicht auszuhaltende Schmerzen verspürt, sodass er am nächsten Tag sofort Dr. K.\_\_\_\_ habe aufsuchen müssen, welcher ihm eine Spritze gegeben habe. Nach 10 Tagen und im Mai 2016 habe er nochmals eine Spritze erhalten und er habe zusätzlich Schmerzmittel nehmen müssen. Da keine Besserung eingetreten sei, habe Dr. K.\_\_\_\_ ihn im KSSG angemeldet, in welchem eine beidseitige Nervenwurzelinfiltration L5 durchgeführt worden sei. Er habe oftmals nicht auf die Toilette gehen können. Grosse Probleme habe er auch beim Essen gehabt. Langes Sitzen habe er nicht ausgehalten. Seine Knie würden momentan immer wieder zusammensucken, was zu einem Sturz führen könne. Daher habe er



Angst, zu gehen oder zu stehen. Er sei von dem Vorbescheid sehr enttäuscht, da die IV-Stelle genau wisse, wie er sich fühle und wie sehr er unter den Schmerzen leide. Er sei vergesslich geworden und es falle ihm schwer, sich zu konzentrieren. Die negativen Gedanken liessen ihn nicht los. Er habe schlaflose Nächte und Albträume. Sinngemäss beantragte er die nochmalige Überprüfung seines Anspruchs. Er sei der Meinung, dass er dies verdient habe, da er sich viel Mühe gegeben habe, eine Arbeit zu finden. Die ehemalige Arbeitgeberin habe ihn darauf hingewiesen, dass er seinen Gesundheitszustand und seine Schmerzen nicht angegeben habe, weshalb er diese Umstände bei späteren Bewerbungen genannt habe. Bei einem Unternehmen habe er sogar die Chance erhalten, Probe zu arbeiten, jedoch hätten sie ihm kurz davor abgesagt, da sie an seinem gesundheitlichen Zustand gezweifelt hätten (IV-act. 145).

**A.w** Mit einer Verfügung vom 17. Oktober 2016 wies die IV-Stelle das Rentenbegehren im Wesentlichen mit der gleichen Begründung wie im Vorbescheid bei einem Invaliditätsgrad von 0 % ab. Zum vom Versicherten eingereichten Einwand merkte sie an, dass die nach Eingang des Z.\_\_\_\_-Gutachtens eingereichten Unterlagen keine neuen relevanten medizinischen Erkenntnisse gebracht hätten (IV-act. 155).

### **B.**

**B.a** Gegen diese Verfügung liess der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer) durch seinen Rechtsanwalt am 17. November 2016 Beschwerde erheben. Darin beantragte er die Aufhebung der Verfügung der IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) vom 17. Oktober 2016 und die Zusprache mindestens einer Viertelsrente ab dem Zeitpunkt der Neuanmeldung. Eventualiter sei ein aktuelles bidisziplinäres Gutachten (Orthopädie/Psychiatrie) unter Beizug eines Dolmetschers zu erstellen; alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge zulasten der Beschwerdegegnerin (act. G 1).

**B.b** In ihrer Beschwerdeantwort vom 20. Januar 2017 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde (act. G 4).

**B.c** Nachdem der Beschwerdeführer auf die Erstattung einer Replik verzichtet hatte (vgl. act. G 5 und 6), reichte er am 29. März 2017 eine nachträgliche Eingabe ein, in



## St.Galler Gerichte

welcher er zu den aus seiner Sicht bestehenden somatischen und psychischen Einschränkungen Stellung nahm (act. G 7). Auch legte er einen Bericht von Dr. N.\_\_\_\_ vom 26. Januar 2017 bei, in welchem dieser davon ausgegangen war, dass dem Versicherten zurzeit und bis auf weiteres keine Tätigkeit zugemutet werden könne (vgl. act. G 7.1). Des Weiteren reichte er einen Bericht von Dr. E.\_\_\_\_ vom 21. März 2017 ein, in welchem dieser sein therapeutisches Vorgehen erklärt hatte. Dr. E.\_\_\_\_ hatte weiter angemerkt, die vom Gutachter Dr. R.\_\_\_\_ vorgeschlagene Medikation sei ausprobiert worden und habe einen günstigen Effekt auf die Schlafproblematik gehabt. Aufgrund der bisherigen Beobachtung und des Behandlungsverlaufs sei wegen der Besserung der Schlafproblematik, jedoch einer gleichzeitigen Chronifizierung der Depressivität und phasenweisen Antriebsstörungen eine ideal angepasste Tätigkeit nur zu 50 % zumutbar. Als ideal adaptiert sei eine leichte handwerkliche Arbeit ohne Kontakt mit scharfen Gegenständen, ohne Akkordarbeit, ohne Fließbandarbeit und ohne Schichtarbeit zu verstehen. Äussere Reize wie starker Lärm, grelles Licht und Staub seien zu vermeiden (act. G 7.2).

**B.d** In einer weiteren Eingabe vom 9. Oktober 2017 erwähnte der Beschwerdeführer, dass er am 25. Juni 2017 einen Fahrradunfall erlitten habe. Dabei habe er sich eine Schulterkontusion rechts mit Verletzung der Rotatorenmanschette zugezogen. Da sich dieses Ereignis nach dem Verfügungszeitpunkt ereignet habe, sei auch eine neue IV-Anmeldung eingereicht worden (act. G 9). Der Beschwerdeführer legte auch einen weiteren Arztbericht von Dr. N.\_\_\_\_ vom 6. Oktober 2017 bei (act. G 9.1).

**B.e** Am 24. Januar 2018 reichte der Beschwerdeführer einen Bericht von Dr. N.\_\_\_\_ vom 22. Januar 2018 ein (act. G 11 und 11.1).

## Erwägungen

1.

Vorliegend strittig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente.

2.



**2.1** Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung haben Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können, während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Invalidität ist gemäss Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist der durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Gestützt auf Art. 54 des Gerichtsgesetzes des Kantons St. Gallen (GerG, sGS 941.1) entspricht es der Praxis des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen, dass Versicherte, die während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40 % arbeitsunfähig gewesen sind und die nach Ablauf dieses Jahres weiterhin zu mindestens 40 % arbeitsunfähig sind, grundsätzlich Anspruch auf eine Rente haben, obwohl zumutbare Eingliederungsmassnahmen, welche ihre Arbeitsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wiederherstellen, erhalten oder verbessern können, nicht abgeschlossen sind.

**2.2** Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung - und im Beschwerdefall das Gericht - auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es dabei, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4; BGE 115 V 134 E. 2). Im Weiteren sind die ärztlichen Aussagen eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen einer Person noch zugemutet werden können (BGE 115 V 134 E. 2). Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben die urteilenden Instanzen die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen und alle Beweismittel unabhängig davon, von wem sie



stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (zum Ganzen BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen).

### 3.

Die Beschwerdegegnerin stützt sich für die Ablehnung des Rentenanspruchs vorwiegend auf das von ihr in Auftrag gegebene orthopädische, internistische und psychiatrische MEDAS-Gutachten (vgl. act. G 1.1.2 und 4).

**3.1** Das orthopädische Teilgutachten ist zumindest aus Sicht eines medizinischen Laien nicht vollumfänglich schlüssig. Einerseits weichen die von Dr. P.\_\_\_\_ gestützt auf das von ihm in Auftrag gegebene MRT der Lendenwirbelsäule vom \_\_ Februar 2016 erhobenen Diagnosen teilweise von früheren MRT-Befunden ab. Dr. P.\_\_\_\_ erwähnt eine Diskushernie L4/5 ohne neurale Kompression (vgl. IV-act. 125 S. 8). Demgegenüber hat sowohl das MRT vom 23. August 2012 (vgl. IV-act. 32 S. 7) als auch dasjenige vom 20. Februar 2014 (vgl. IV-act. 32 S. 2) eine Diskushernie L4/5 mit Dorsalverlagerung der Nervenwurzel L5 rechts gezeigt. Im MRT vom 23. August 2012 ist auch eine Kompression dieser Nervenwurzel sichtbar gewesen (vgl. IV-act. 32 S. 7). Zudem ist im MRT vom 20. Februar 2014 ein Kontakt der Diskushernie L4/5 zur Nervenwurzel L5 links mit möglicher Irritation dieser Nervenwurzel festgestellt worden (vgl. IV-act. 32 S. 2). Schliesslich haben die behandelnden Ärzte der Klinik X.\_\_\_\_ des KSSG auf einem MRT vom \_\_ Februar 2016 einen Bandscheibenprolaps LW4/5 medio-bi-lateral rechts etwas mehr als links festgestellt und am 14. Juni 2016 dem Versicherten aufgrund beidseitiger Schmerzen eine Nervenwurzelinfiltration L5 beidseits empfohlen (vgl. IV-act. 153). Insofern ist zumindest für einen medizinischen Laien nicht nachvollziehbar, wie Dr. P.\_\_\_\_ darauf kommt, dass die Diskushernie L4/5 keine neurale Kompression aufweise. Fraglich ist demnach auch die von Dr. P.\_\_\_\_ erwähnte Diagnose der Pseudolumboischialgie rechts und seine Beurteilung, dass die in das rechte obere



Sprunggelenk ausstrahlenden Schmerzen nicht erklärt werden könnten, nachdem radiologisch die Nervenwurzel L4 links betroffen sei (vgl. IV-act. 125 S. 20). Aus den oben erwähnten MRT-Befunden geht nämlich hervor, dass auch die rechte Nervenwurzel L5 betroffen ist. Neben den Unklarheiten in den lumbalen Diagnosen erscheinen die von Dr. P.\_\_\_\_ erwähnten Diagnosen aber auch nicht vollständig zu sein. Die im vertebrospinalen lumbalen MRT vom 20. Februar 2014 sichtbaren Chondrosen bzw. Osteochondrosen TH11/TH12 und TH12/L1 sind bei den im Gutachten gestellten Diagnosen unerwähnt geblieben (vgl. IV-act. 32 S. 2 i.V.m. 125 S. 8). In den gutachterlichen Diagnosen unerwähnt geblieben ist auch die fortschreitende Femurkopfnekrose rechts, aufgrund welcher sogar schon über eine Hüfttotalprothese rechts nachgedacht worden ist (vgl. IV-act. 32 S. 3 ff. i.V.m. 125 S. 8). Auffallend ist schliesslich, dass Dr. P.\_\_\_\_ zwar eine EFL in Auftrag gegeben und bei der Umschreibung des Leistungsprofils zu weiten Teilen auf deren Ergebnisse abgestellt hat, die in der EFL enthaltene Schätzung bezüglich der maximal zulässigen Arbeitszeit von täglich sechs Stunden jedoch unbeachtet gelassen hat (vgl. IV-act. 125 S. 12 i.V.m. S. 21). Nicht schlüssig ist auch, dass Dr. P.\_\_\_\_ in seiner Beurteilung der Beschwerden und Befunde davon gesprochen hat, dass die EFL die Notwendigkeit vermehrter Pausen ergeben habe, diesen Pausenbedarf bei der Schätzung der Arbeitsfähigkeiten jedoch unberücksichtigt gelassen hat (vgl. IV-act. 125 S. 20 f.). Dr. P.\_\_\_\_ scheint die Ergebnisse der EFL somit nicht als vollumfänglich plausibel erachtet zu haben. Allerdings hat er keine Erklärung dafür geliefert, weshalb er die Ergebnisse der EFL nicht vollständig übernommen hat. Wenn die EFL nicht die gewünschte Qualität aufgewiesen hat, wäre Dr. P.\_\_\_\_ gehalten gewesen, eine neue EFL oder eine Ergänzung der bereits durchgeführten EFL in Auftrag zu geben. Sollte die dem Gutachten zu Grunde liegende EFL nicht die gewünschte Qualität aufweisen, würde dies auch die Qualität des orthopädischen Gutachtens, welches zu einem grossen Teil auf der EFL zu fussen scheint, in Frage stellen. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass das orthopädische Gutachten aus Sicht eines medizinischen Laien als teilweise unvollständig und insgesamt als nicht ausreichend schlüssig erscheint, sodass die entsprechende Arbeitsfähigkeitsschätzung nicht als überwiegend wahrscheinlich betrachtet werden kann, weshalb die Einholung eines neuen orthopädischen Gutachtens angezeigt ist.

### 3.2



**3.2.1** Im psychiatrischen Teilgutachten hat Dr. R.\_\_\_\_ festgehalten, dass die Prognose beim Beschwerdeführer nur begrenzt günstig sei. Der Beschwerdeführer bedürfe der Fortsetzung der regelmässigen psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung kombiniert mit einer antidepressiven Medikation. Diese könne noch mit einer schlafverbessernden, antidepressiven Medikation (abends z.B. Trittico) intensiviert werden, worunter eine Besserung der Schlafstörungen und der depressiven Verstimmung innerhalb eines Jahres zu erwarten wäre. Damit einhergehend sei mit einer Leistungssteigerung auf eine etwa 70%ige Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten und auf eine etwa 80%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit zu rechnen (vgl. IV-act. 125 S. 43). Gestützt auf diese gutachterlichen Ausführungen ist die Beschwerdegegnerin zum Schluss gekommen, dass die bisherige Medikation noch nicht optimal gewesen sei, sodass diesbezüglich ein Verbesserungspotential bestehe, weshalb sie das depressive Leiden als nicht therapieresistent eingestuft und einen Rentenanspruch abgelehnt hat (vgl. act. G 1.1.2 S. 3). Die von der Beschwerdegegnerin angeführte Rechtsprechung hinsichtlich der invalidenversicherungsrechtlichen Bedeutung von leichten bis mittelschweren depressiven Erkrankungen ist jedoch vom Bundesgericht in BGE 143 V 409 aufgegeben worden. Das Bundesgericht hat in diesem Urteil darauf hingewiesen, dass die Frage, ob bei Erkrankungen aus dem depressiven Formenkreis eine invalidenversicherungsrechtliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit resultiere, ebenso wenig wie bei somatoformen Störungen allein mit Bezug auf das Kriterium der Behandelbarkeit beantwortet werden könne (vgl. BGE 143 V 414 E. 4.4). Vielmehr sei auch bei leichten bis mittelschweren depressiven Störungen, wie bei jeder geltend gemachten gesundheitsbedingten Erwerbsunfähigkeit im Einzelfall danach zu fragen, ob und wie sich die Krankheit invaliditätsbedingt auswirke. Auch Leiden aus dem depressiven Formenkreis seien grundsätzlich einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen (vgl. BGE 143 V 416 E. 4.5.2). Entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin (vgl. act. G 1.1.2) schliesst ein vorhandenes Verbesserungspotential in der medizinischen Behandlung somit nicht aus, dass nach Ablauf des Wartejahrs ein Rentenanspruch entstehen kann (vgl. dazu auch Urteil des Bundesgerichts vom 2. September 2014, 9C\_395/2014, E. 4.5; vgl. ferner E. 2.1). Die Beschwerdegegnerin hat einen Einfluss der von Dr. R.\_\_\_\_ diagnostizierten depressiven Störung auf die Arbeitsfähigkeit somit in einer unzulässigen Weise verneint.



**3.2.2** Weiter hat die Beschwerdegegnerin die von Dr. R.\_\_\_\_ gestellte Diagnose der Persönlichkeitsstörung als nicht überzeugend eingestuft und dann sogar deren Vorliegen verneint (vgl. act. G 1.1.2 und 4). Zwar kann das Gericht die von der Beschwerdegegnerin (aus medizinisch-laienhafter Sicht) geäusserten Zweifel am Vorliegen der Diagnose der Persönlichkeitsstörung nachvollziehen, weshalb das Vorliegen dieser Diagnose gestützt auf die vorhandenen medizinischen Unterlagen als nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt zu betrachten ist. Umgekehrt kann aus den von der Beschwerdegegnerin geäusserten Zweifel nicht automatisch geschlossen werden, die Diagnose der Persönlichkeitsstörung liege nicht vor. Vielmehr ist die Frage, ob eine Persönlichkeitsstörung vorliegt und welche funktionelle Auswirkungen eine solche mit sich bringt, durch eine neue psychiatrische Begutachtung abzuklären. Die Beurteilung des Gesundheitszustandes obliegt nämlich den medizinischen Fachpersonen und nicht dem rechtsanwendenden Sozialversicherungsträger (vgl. BGE 125 V 261 E. 4). Die Beschwerdegegnerin hat dadurch, dass sie ein medizinisches Gutachten in Auftrag gegeben hat, zum Ausdruck gebracht, dass sie auf den Sachverstand medizinischer Fachleute angewiesen ist. Da die Beschwerdegegnerin Zweifel an den im Gutachten gestellten Diagnosen und der Arbeitsfähigkeitsschätzung gehegt hat, wäre sie im Rahmen der sie treffenden Untersuchungspflicht gehalten gewesen, weitere Abklärungen vorzunehmen. Indem sie dies unterlassen hat und stattdessen die Diagnose der Persönlichkeitsstörung gestützt auf eine eigene Interpretation in einer unzulässigen Weise verneint hat, hat sie die angefochtene Verfügung in Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes (Art. 43 Abs. 1 ATSG) erlassen. Daher ist die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Sache zur Einholung eines neuen psychiatrischen Gutachtens und zur neuen Verfügung zurückzuweisen. Die neue Begutachtung wird sich natürlich nicht auf die Beurteilung, ob eine Persönlichkeitsstörung vorliegt, beschränken können, sondern den psychischen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers als Ganzes beurteilen müssen. Anzumerken ist, dass eine erneute Beauftragung von Dr. R.\_\_\_\_ die Gefahr beinhalten würde, dass dieser seine Einschätzung im bisherigen Gutachten bestätigen würde. Aus diesem Grund bzw. um nicht den Anschein der Befangenheit zu erwecken, ist das psychiatrische Gutachten bei einem anderen Sachverständigen in Auftrag zu geben. Im neu aufzunehmenden Verwaltungsverfahren wird die Beschwerdegegnerin



überdies die neue bundesgerichtliche Rechtsprechung hinsichtlich der depressiven Leiden zu beachten haben (vgl. E. 3.2.1).

**3.3** Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die angefochtene Verfügung als rechtswidrig aufzuheben und an die Beschwerdegegnerin zur Weiterführung des Verwaltungsverfahrens bzw. zur weiteren Abklärung im Sinne der Erwägungen zurückzuweisen ist.

#### 4.

**4.1** In teilweiser Gutheissung der Beschwerde ist die angefochtene Verfügung vom 17. Oktober 2016 aufzuheben und die Sache zur Weiterführung des Verwaltungsverfahrens, zur Vornahme weiterer Abklärungen und zur anschliessenden neuen Verfügung im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

**4.2** 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 an die Verwaltung zur Weiterführung des Verwaltungsverfahrens als volles Obsiegen des Beschwerdeführers zu werten (vgl. 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.

**4.3** Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Auch hier gilt, dass eine Rückweisung zur weiteren Abklärung als volles Obsiegen des Beschwerdeführers zu betrachten ist. Die Parteientschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (vgl. Art. 61 lit. g ATSG). In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b der Honorarordnung für Rechtsanwälte und Rechtsagenten (HonO; sGS 963.75; in der vorliegend



anwendbaren, seit 1. Januar 2019 gültigen Fassung, siehe Art. 30bis HonO) pauschal Fr. 1'500.-- bis Fr. 15'000.--. Im hier zu beurteilenden, durchschnittlich aufwändigen Fall erscheint eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- als angemessen. Die Beschwerdegegnerin hat den Beschwerdeführer deshalb mit Fr. 3'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen. Das Honorar von Dr. N.\_\_\_\_ für die Erstellung des ärztlichen Berichts vom 22. Januar 2018 (vgl. act. G 11.1) ist nicht zu entschädigen, da dieser Bericht die gesundheitliche Situation des Beschwerdeführers nach einem Fahrradsturz, welcher sich nach Erlass der angefochtenen Verfügung ereignet hat, beleuchtet und somit für das vorliegende Beschwerdeverfahren offensichtlich keine neuen entscheidungswesentlichen Erkenntnisse bringt.

### Entscheid

#### 1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 17. Oktober 2016 aufgehoben und die Sache zur Weiterführung des Verwaltungsverfahrens im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.

#### 2.

Die Beschwerdegegnerin bezahlt eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.--; der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird dem Beschwerdeführer zurückerstattet.

#### 3.

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