



Fall-Nr.: IV 2017/7
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 12.09.2019
Entscheiddatum: 03.07.2019

Entscheid Versicherungsgericht, 03.07.2019

Art. 16 ATSG. Einkommensvergleich. Der Tabellenlohnabzug umfasst nicht nur die persönlichen indirekt behinderungsbedingten Nachteile, die betriebswirtschaftlich als zusätzliche (indirekte) Lohnkosten des Arbeitgebers zu qualifizieren sind und deshalb den Bruttolohn entsprechend unterdurchschnittlich ausfallen lassen, sondern auch den Umstand, dass der Beschwerdeführer aufgrund seiner besonderen Einschränkungen als Folge psychischer Probleme nur eine unterdurchschnittlich qualifizierte Hilfsarbeit ausüben könnte, die lohnmässig auf jeden Fall zu den 50% gehören würde, die definitionsgemäss unter dem Zentralwert liegen. Dort wäre sie jedenfalls nicht im obersten Bereich, sondern spürbar unter dem Zentralwert einzuordnen. Wenn kein Tabellenlohnabzug vorgenommen wird, fliesst unzulässigerweise ein Soziallohnanteil in die Bemessung des Invalideneinkommens ein (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 3. Juli 2019, IV 2017/7).

Entscheid vom 3. Juli 2019

Besetzung

Präsident Ralph Jöhl, Versicherungsrichterinnen Monika Gehrler-Hug und Karin Huber-Studerus; Gerichtsschreiber Tobias Bolt

Geschäftsnr.

IV 2017/7

Parteien

A.____,



St.Galler Gerichte

Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwältin lic. iur. Linda Keller,
Grand & Nisple Rechtsanwälte, Oberer Graben 26,
9000 St. Gallen,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

Rente

Sachverhalt

A.

A.a A.____ meldete sich am 15. Januar 2003 erstmals zum Bezug von IV-Leistungen an (IV-act. 1). Dabei gab er u.a. an, er habe in seinem Herkunftsland den Beruf eines Heizungsmonteurs erlernt. Die Arbeitgeberin, die B.____ AG, teilte der IV-Stelle am 5. Februar 2003 mit (IV-act. 5), sie beschäftige den Versicherten seit 1997 als Bauarbeiter. Der Lohn belaufe sich auf Fr. 4'715.-- monatlich. Der praktische Arzt C.____ berichtete der IV-Stelle am 9. Dezember 2003 (IV-act. 14), der Versicherte leide an einem persistierenden Lumbovertebralsyndrom, an einer segmentalen Instabilität L3 bis L5, an Diskusprotrusionen auf der gleichen Höhe sowie – ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit – an einer depressiven Schmerzverarbeitung. Die IV-Stelle ordnete eine dreimonatige berufliche Abklärung an (IV-act. 28). Am 8. Juni 2004 gab sie ausserdem eine bidisziplinäre (rheumatologische und psychiatrische) Begutachtung durch die Medas Ostschweiz in Auftrag (IV-act. 34, 36), worauf die berufliche Abklärung aufgeschoben wurde. Dr. med. D.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, führte in seinem psychiatrischen Consiliargutachten vom 11. Januar 2006 (IV-act. 51-11 ff.) aus, falls die vom Versicherten angegebenen körperlichen Beschwerden nicht



vollständig durch eine körperliche Störung oder durch physiologische Prozesse erklärt werden könnten, liege eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F 45.4) vor. Dabei handle es sich um psychogene Schmerzen als Ausdruck emotionaler Konflikte und psychosozialer Probleme, von denen der Versicherte aber während der Untersuchung nichts preisgegeben habe. Das übertriebene, demonstrative Schmerzverhalten spreche für eine Symptomausweitung. Eine mitwirkende psychische Co-Morbidität sei weder durch die Untersuchung noch durch die erhobenen Anamnesen nachweisbar gewesen. Auch die Akten enthielten keinen entsprechenden Hinweis. Er habe auch keine innerseelischen Verläufe eruieren können, die im Zusammenhang mit den empfundenen Schmerzen stehen würden und therapeutisch nicht mehr angebar wären. Aufgrund der psychosomatischen Störung sei der Versicherte zu 20% arbeitsunfähig. Er brauche nämlich mehr Pausen als üblich, um sich zu erholen. Im Hauptgutachten hielten Dr. med. E.____, Chefarzt, und Dr. med. F.____, Innere Medizin/Rheumatologie FMH, fest (IV-act. 51-1 ff.), bei der Untersuchung habe der Versicherte über seit drei Jahren anhaltende Rückenschmerzen lumbal und seit drei Monaten auch cervicobrachial rechts geklagt. Er habe auf einer Skala von 1 bis 10 eine Schmerzintensität von 8 bis 10 angegeben. Die Wirbelsäule sei nur angedeutet bewegt worden mit einer sofortigen Schmerzangabe in alle Richtungen. Neurologische Ausfälle seien weder früher noch aktuell festzustellen gewesen. Die bildgebend festgestellten degenerativen Veränderungen an der HWS und an der LWS überschritten nicht das altersübliche Mass. Bei der Untersuchung seien viele Zeichen für ein nichtorganisches Krankheitsverhalten festzustellen gewesen. Die Diagnosen lauteten: Chronisches lumbales Schmerzsyndrom mit vegetativen Begleitbeschwerden bei altersgemässen degenerativen Veränderungen der LWS und – ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit – chronisches cervicobrachiales Schmerzsyndrom rechts bei altersgemässen, leichten degenerativen Veränderungen der HWS. Als Bauarbeiter sei der Versicherte aufgrund des chronischen Schmerzsyndroms, weniger wegen der objektivierbaren Befunde, vollständig arbeitsunfähig. Für körperlich leichtere bis mittelschwere, rückenadaptierte Tätigkeiten bestehe eine Einschränkung wegen des chronischen Schmerzsyndroms. Unter Beachtung aller Aspekte bestehe hier eine Arbeitsunfähigkeit von 20%. Der Versicherte halte sich aber subjektiv für vollständig arbeitsunfähig. Aufgrund der vom Hausarzt C.____ vertretenen Auffassung, dass der Versicherte sich statt einer dreimonatigen beruflichen Abklärung besser einer



stationären Therapie unterziehen sollte (IV-act. 56-2), beschloss die IV-Stelle, keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen durchzuführen (IV-act. 58-1). Sie ermittelte aus einem Valideneinkommen (bei der B.____ AG) von Fr. 62'705.-- und einem anhand eines statistisch erhobenen Hilfsarbeiterlohnes und eines Arbeitsfähigkeitsgrades von 80% berechneten Invalideneinkommen von Fr. 47'452.-- einen Invaliditätsgrad von 24% (IV-act. 60-2). Mit einer Verfügung vom 3. April 2006 verneinte sie einen Rentenanspruch des Versicherten (IV-act. 63). Eine dagegen erhobene Einsprache (IV-act. 74) wurde abgewiesen (IV-act. 77). Die gegen den Einspracheentscheid erhobene Beschwerde wurde vom Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen am 15. April 2008 abgewiesen (IV-act. 93, IV 2006/264).

A.b Der Versicherte ersuchte am 16. September 2009 formlos um die Gewährung der Arbeitsvermittlung (IV-act. 98). Er erklärte sich bereit (IV-act. 100), im Rahmen der ihm attestierten Arbeitsfähigkeit von 80% für leichte bis mittelschwere, rückenadaptierte Tätigkeiten aktiv an der Stellensuche mitzuwirken. Am 22. Dezember 2009 füllte er das amtliche Anmeldeformular aus, wobei er ausdrücklich nur berufliche Eingliederungsmassnahmen beantragte (IV-act. 109). Die IV-Stelle ordnete die bereits früher ins Auge gefasste dreimonatige berufliche Abklärung in den G.____ an (IV-act. 125). Ausserdem bewilligte sie am 7. April 2010 die Arbeitsvermittlung (IV-act. 126). Die zuständigen Personen der G.____ berichteten der IV-Stelle am 20. Mai 2010 (IV-act. 131), der Versicherte sei sehr motiviert gewesen, sofern es seine Schmerzen zugelassen hätten. Er sei sehr an der Ausführung seiner Arbeit interessiert gewesen und habe ein grosses Qualitätsbewusstsein aufgewiesen. Bei einer Kritik habe er schnell eine Abwehrhaltung eingenommen und sich beschuldigt gefühlt. Bei neuen Arbeiten sei er zunächst unsicher gewesen, habe es dann aber bald richtig gemacht. Die medizinischen Einschränkungen hätten bei allen Gesprächen mit dem Versicherten erste Priorität gehabt. Trotz seiner ständigen Schmerzen habe sich der Versicherte nicht entmutigen lassen; er sei immer wieder motiviert zur Arbeit gekommen. Er sei nur imstande gewesen, leichteste Arbeiten zu verrichten. Aber auch bei solchen Arbeiten reiche seine Arbeitsfähigkeit höchstens für eine Beschäftigung im geschützten Arbeitsmarkt, wobei die Leistung ca. 10% betrage. Eine Anstellung im ersten Arbeitsmarkt sei völlig unrealistisch. Dr. med. H.____ vom RAD wies am 23. Juni 2010 darauf hin, dass die Festlegung der Leistungsfähigkeit (gemeint: Arbeitsfähigkeit) durch die G.____ systemwidrig gewesen sei (IV-act. 133). Mit einem Vorbescheid vom 14.



St.Galler Gerichte

Oktober 2011 kündigte die IV-Stelle dem Versicherten den Abschluss der Arbeitsvermittlung an (IV-act. 173).

A.c Am 3. November 2011 füllte der Versicherte das amtliche Formular "Anmeldung für Erwachsene: Berufliche Integration/Rente" aus (IV-act. 174). Er legte u.a. einen Austrittsbericht der Tagesklinik des Psychiatrischen Zentrums I.____ vom 31. August 2011 bei (IV-act. 176). Laut diesem Bericht waren die folgenden Diagnosen erhoben worden: Rezidivierende mittelgradige depressive Störung (gegenwärtig leichtgradige depressive Episode), akzentuierte Persönlichkeitszüge mit narzisstischen, emotional instabilen, impulsiven und ängstlich-vermeidenden Anteilen, anhaltende somatoforme Schmerzstörung, chronische Lumbago bei einer kleinen medialen Protrusion ohne Hinweise auf eine Nerven- oder Myelonkompression, chronisches Zervikalsyndrom bei degenerativen Veränderungen C5 bis C7, Aneurysma des Pars ascendens Aortae in Progredienz (bekannt seit 09/2006), grenzwertige arterielle Hypertonie, asymptomatische Cholezystolithiasis und V. a. Läsion des Innenmeniskus rechts. Die Ärzte der Tagesklinik hatten in ihrem Austrittsbericht weiter ausgeführt, der Versicherte habe in einem zumindest leicht verbesserten psychischen Zustand wie geplant austreten können. Sie hatten den Psychostatus beim Klinikaustritt folgendermassen umschrieben: Meist freundlich zugewandter Patient, allseits orientiert, mnestiche Fähigkeiten, Konzentration und Aufmerksamkeit leicht reduziert, formal deutlicher Grübelzwang, inhaltlich fixiert auf die gesundheitliche Situation, keine Zwänge oder Ängste (ausser Zukunftsängste), Stimmung mittig bis dysphorisch gereizt, Affekt nach unten ausgelenkt, jedoch in beiden Qualitäten gleichermassen affizierbar, Insuffizienzgefühle, z.T. Schuldgefühle, Antrieb erscheint als reduziert, psychomotorisch unauffällig, Schlaf mit Medikation gut, keine akute Selbst- oder Fremdgefährdung. Am 1. Dezember 2011 stellte die IV-Stelle die Arbeitsvermittlung, wie im Vorbescheid vom 14. Oktober 2011 angekündigt, ein (IV-act. 179). Dr. H.____ vom RAD notierte am 8. Dezember 2011 (IV-act. 180-2), die im genannten Austrittsbericht attestierte Arbeitsunfähigkeit von 100% beruhe auf einer rein medizinischen Einschätzung, nicht auf einer versicherungsmedizinischen Beurteilung. Eine leichte Depression könne im Zusammenhang mit chronischen Schmerzen (anhaltende somatoforme Schmerzstörung) keine "rententängierende" Einschränkung begründen. Somit sei keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes ausgewiesen. Die im Medas-Gutachten festgestellte adaptierte Arbeitsfähigkeit von 80% sei weiterhin



gültig. Mit einer Verfügung vom 9. Dezember 2011 trat die IV-Stelle nicht auf die Neuanmeldung zum Rentenbezug vom 3. November 2011 ein (IV-act. 182), da der Versicherte nicht glaubhaft gemacht habe, dass die tatsächlichen Verhältnisse sich in einer für den Rentenanspruch erheblichen Weise verändert hätten. Der Versicherte erhob am 13. Januar 2012 Beschwerde gegen diese Nichteintretensverfügung (IV-act. 183-2). Diese Beschwerde wurde am 4. Dezember 2013 vom Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen abgewiesen (IV-act. 194, IV 2012/34). Dieser Entscheid wurde vom Bundesgericht am 31. März 2014 bestätigt (IV-act. 209, 9C_64/2014).

A.d Dr. med. J.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, hatte der IV-Stelle bereits am 9. Januar 2014 angegeben (IV-act. 196), der Versicherte sei zu 100% arbeitsunfähig. Deshalb sollte die IV-Ablehnung nochmals fundiert untersucht werden. Ein psychiatrisches Gutachten sollte die definitive Klärung bringen. Am 16. Januar 2014 hatte Dr. K.____ mitgeteilt (IV-act. 202), der Versicherte leide an einer rezidivierenden depressiven Störung (ggw. mittelgradige Episode mit einem somatischen Syndrom, ICD-10 F33.11), an einer Persönlichkeitsstörung Cluster-Gruppe B (ICD-10 F60.8) und an einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4). Beim Versicherten bestünden eine ängstlich-dysphorische Antriebs- und Stimmungslage mit Todesängsten vor einer Aneurysmaruptur, eine niedrige Stresstoleranz, eine emotionale Leere und die Unmöglichkeit, mit Verlusten umzugehen. Der Versicherte habe sich sozial vollkommen isoliert, verarbeite seine Situation paranoid, sei nicht in die Arbeitswelt integrierbar und potentiell fremdgefährdend. Sie ersuche um eine ergänzende Abklärung durch einen Facharzt für Psychiatrie/Psychotherapie. Die IV-Stelle interpretierte diese Eingabe von Dr. K.____ als Neuanmeldung zum Bezug von IV-Leistungen. Sie wies den Rechtsvertreter des Versicherten am 16. April 2014 darauf hin (IV-act. 212), dass eine invaliditätsrelevante Sachverhaltsveränderung glaubhaft gemacht werden müsse. Der Versicherte füllte am 13. Juni 2014 das amtliche Anmeldeformular aus (IV-act. 217). Er legte einen Bericht der Psychiatrischen Klinik L.____ vom 6. Juni 2014 über seinen stationären Aufenthalt vom 20. März bis 1. Mai 2014 bei (IV-act. 222-3ff.). Laut diesem Bericht waren die folgenden Diagnosen erhoben worden: Mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom, anhaltende somatoforme Schmerzstörung und V. a. eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen und ängstlich unsicheren Anteilen. Da sich die depressive Symptomatik während des stationären Klinikaufenthalts rasch aufgehellt



hatte, war die vorbestehende Medikation unverändert beibehalten worden. Der Versicherte war in einem leicht verbesserten Zustand entlassen worden. Immerhin war eine gewisse Stabilisierung erreicht worden. Der psychopathologische Status beim Klinikaustritt hatte sich folgendermassen dargeboten: Wach, in allen Qualitäten orientiert, leichte Konzentrationsstörungen, formal auf die Themen Aneursyma und Ablehnung des Rentengesuchs eingeeengt, kein Hinweis auf Zwangsstörungen, Misstrauen, Wahnvorstellungen, Ich-Störungen oder Sinnestäuschungen, im Affekt leicht depressiv und ängstlich, Antrieb reduziert, verbessertes Schlafverhalten und keine akute Selbst- oder Fremdgefährdung. Med. pract. M.____ teilte der IV-Stelle am 23. Juni 2014 mit (IV-act. 222-1f.), seit Beginn der hausärztlichen Behandlung im Juli 2011 hätten die Konsultationen an Häufigkeit zugenommen. Die Angst vor dem Sterben und die zunehmende depressive Symptomatik seien immer mehr das Behandlungsthema geworden. Der Versicherte ziehe sich mehr und mehr aus dem Leben zurück, alles drehe sich um seine Ängste. Er sei zu 100% arbeitsunfähig. Dr. H.____ vom RAD hielt am 16. Juli 2014 fest (IV-act. 224), es sei keine Veränderung des Gesundheitszustandes seit dem Referenzzeitpunkt (September 2011) erkennbar. Die IV-Stelle erliess daraufhin am 22. Juli 2014 eine Nichteintretensverfügung (IV-act. 226). Die dagegen erhobene Beschwerde (IV-act. 232) wurde vom Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen am 1. April 2015 mit der Begründung gutgeheissen (IV-act. 244, IV 2014/412), die IV-Stelle habe ihre Vorbescheidspflicht verletzt. Die IV-Stelle kündigte dem Versicherten mit einem Vorbescheid vom 26. Mai 2015 mit (IV-act. 245), dass sie beabsichtige, nicht auf seine Anmeldung einzutreten. Der Versicherte liess sich nicht vernehmen. Am 14. Juli 2015 erging eine Nichteintretensverfügung (IV-act. 247). Sie erwuchs unangefochten in Rechtskraft.

B.

B.a Der Versicherte füllte am 17. März 2016 erneut ein Formular 'Anmeldung für Erwachsene: Berufliche Integration/Rente' aus (IV-act. 252). Er legte ein Arbeitsunfähigkeitszeugnis von med. pract. M.____ vom 15. Februar 2016 bei (IV-act. 253), laut dem er seit Januar 2002 zu 100% arbeitsunfähig war. Er reichte ausserdem ein an med. pract. M.____ gerichtetes Schreiben von Dr. K.____ vom 2. März 2016 ein (IV-act. 254), laut dem sich seine depressive Antriebs- und Stimmungslage seit August 2015 deutlich verschlechtert hatte. Eine wesentliche Besserung des psychischen



Zustandsbildes sei nicht mehr zu erwarten. Med. pract. M.____ teilte der IV-Stelle am 2. Mai 2016 mit (IV-act. 263-1f.), soweit sie als Hausärztin die Entwicklung in den letzten beiden Jahren beobachte, habe sich der psychische Zustand chronifiziert. Die mittelschwere Depression mit rezidivierenden Angstgefühlen, Todesängsten, körperlichen Beschwerden und einer fehlenden Anpassungsfähigkeit im Alltag bestünden nun permanent und schränkten die Arbeitsfähigkeit dauerhaft ein. Zugenommen hätten der soziale Rückzug, die Einschränkung der Belastbarkeit, der Konzentration und der Fähigkeit, sich an neue Situationen anzupassen. Med. pract. M.____ verwies dazu auf ein ärztliches Zeugnis von Dr. K.____ vom 29. April 2016 (IV-act. 263-3f.), in dem diese u.a. ausgeführt hatte, die kombinierte Persönlichkeitsstörung mit ängstlich-unsicheren Zügen habe sich in den letzten Jahren intensiviert; sie habe einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. In einem geschützten Rahmen bestehe eine Arbeitsfähigkeit von maximal 20%. Die depressive Störung sei nun mittelgradig bis schwer. Dr. H.____ vom RAD hielt am 20. Mai 2016 fest (IV-act. 268), im Vergleich zum Medas-Gutachten von 2006 werde ein deutlich schlechterer Zustand beschrieben (mittelgradig bis schwer depressiv). Er empfahl eine psychiatrische und orthopädische Abklärung. Die IV-Stelle erteilte der SMAB AG in St. Gallen am 17. Juni 2016 einen entsprechenden Abklärungsauftrag (IV-act. 271).

B.b Die Sachverständigen der SMAB AG führten in ihrem Gutachten vom 19. September 2016 insbesondere aus (IV-act. 273), nach dem Konsens vom 13. September 2016 seien die folgenden Diagnosen erhoben worden: Anhaltende somatoforme Schmerzstörung, chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom bei einer kaudalen Spondylarthrose und einer skoliotischen Fehlhaltung ohne den Nachweis einer radikulären Defizitsymptomatik sowie – ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit – sonstige affektive Störungen (F34.8) und Persönlichkeitsakzentuierung mit selbstunsicheren und narzisstischen Anteilen. In ihrer gemeinsamen Beurteilung führten die Sachverständigen der SMAB AG aus, im Vordergrund des Beschwerdeerlebens des Versicherten stünden die Rückenschmerzen. Die Schmerzsymptomatik sei nicht vollständig organmedizinisch erklärbar. Bereits anlässlich der Medas-Begutachtung im Jahr 2006 sei eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert worden. Diese Diagnose liege weiterhin vor. In jenem Medas-Gutachten sei zwar eine deutliche depressiv-dysphorische Begleitsymptomatik beschrieben worden, es sei aber keine depressionsbezogene



Diagnose gestellt worden. Das sei nicht ICD-10-konform gewesen, da eine entsprechende Diagnose hätte gestellt werden müssen. Aktuell liege eine depressiv-dysphorische Verstimmung im Sinne einer sonstigen anhaltenden affektiven Störung (ICD-10 F34.8) vor. Dass der Versicherte bis 2002 in beruflicher, familiärer und sozialer Hinsicht sehr leistungsfähig gewesen sei, spreche klar gegen eine Persönlichkeitsstörung. Da aber narzisstische Persönlichkeitsanteile (mit einer deutlich vermehrten Kränkbarkeit) und selbstunsichere Persönlichkeitszüge vorlägen, sei von einer Persönlichkeitsakzentuierung (ICD-10 Z73) auszugehen. Bei der orthopädischen Untersuchung seien zwar lumbale Schmerzen, aber keine Schmerzausstrahlungen angegeben worden. Bei der klinischen Untersuchung habe sich bei einem lotgerechten Aufbau der Wirbelsäule eine regelrechte Schwingung dargestellt. Der Versicherte habe keine Schmerzfehlhaltung eingenommen; er habe während der gesamten Exploration entspannt auf dem Stuhl sitzen können. Bei der Prüfung der klinischen Funktion habe sich keine wesentliche Einschränkung der Wirbelsäule gezeigt. Die orientierende neurologische Übersichtsuntersuchung habe keine radikulären Defizite ergeben. Das Nervendehnungszeichen nach Lasègue und Bragard sei – ebenso wie das umgekehrte Zeichen nach Lasègue – negativ gewesen. Die motorischen Reflexe hätten sich seitengleich mittellebhaft auslösen lassen. Aus orthopädischer Sicht sei der Versicherte in einer leidensadaptierten Tätigkeit zu 100% arbeitsfähig. Aus der gemeinsamen Sicht der beiden Fachgebiete bestehe für eine leidensadaptierte Tätigkeit (überwiegend sachorientierte, gut strukturierte Tätigkeiten ohne erhöhte Anforderungen an die emotionale Belastbarkeit, keine sehr unregelmässigen Arbeitszeiten und keine Nachtschichten, körperlich leicht bis mittelschwer, Lasten bis 15 kg, keine ständigen Zwangshaltungen) eine Arbeitsfähigkeit von 80%. Als Bauarbeiter sei der Versicherte zu 100% arbeitsunfähig. Seit dem Referenzzeitpunkt Januar 2006 bestehe durchgehend eine Arbeitsfähigkeit von 80% in einer leidensadaptierten Tätigkeit. In den Jahren 2011 und 2014 sei die Arbeitsfähigkeit jeweils kurze Zeit tiefer gewesen. Der Citalopram-Spiegel sei sehr niedrig; das sei ein deutlicher Hinweis darauf, dass der Versicherte dieses Medikament nicht regelmässig einnehme. Bei der beruflichen Eingliederung im Jahr 2010 habe eine deutliche Selbstlimitierung vorgelegen.

B.c Der psychiatrische Sachverständige hatte in seinem Teilgutachten u.a. ausgeführt, der an sich leistungsorientierte Versicherte habe die körperlich schwere Tätigkeit als Bauarbeiter aus orthopädischen Gründen nicht mehr ausüben können. Dadurch sei er



in eine zunehmend schwierige soziale und finanzielle Situation geraten, in der er auf seine Kinder angewiesen gewesen sei. Dies habe er aufgrund seiner narzisstischen Persönlichkeitsanteile nur schlecht integrieren können. Daraus habe sich eine zwar dysfunktionale, aber intrapsychisch entlastende psychogene Schmerzüberlagerung im Sinne einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung entwickelt. Die Untersuchung habe keine Hinweise auf eine Aggravation ergeben. Die Ängste im Zusammenhang mit dem Aneurysma im Bereich der Herzkranzgefässe liege in einem normalpsychologischen Spektrum. Der Versicherte leide deshalb nicht an einer Angsterkrankung mit einer Beeinträchtigung der sozialen Funktionsfähigkeit. Ausschlaggebend für die Reduktion der Arbeitsfähigkeit um 20% seien die Funktionsstörungen in den Bereichen Durchhaltefähigkeit, Flexibilität, Umstellungsfähigkeit und Selbstbehauptungsfähigkeit. Im Bericht des psychiatrischen Zentrums I.____ aus dem Jahr 2011 sei der mitgeteilte Psychostatus problematisch. Dass beim Eintritt des Versicherten noch unsicher gewesen sei, ob der Antrieb reduziert gewesen sei oder nicht, sei noch nachvollziehbar. Dass aber zum Austrittszeitpunkt, nach immerhin knapp drei Monaten tagesklinischer Behandlung, immer noch mitgeteilt worden sei, der Antrieb scheine reduziert, sei nicht nachvollziehbar. Ob damals tatsächlich eine depressive Symptomatik im Ausmass einer leichten depressiven Episode vorgelegen habe, sei schlecht überprüfbar, weil viele Einschätzungen im Bericht nicht näher begründet worden seien. So sei etwa mitgeteilt worden, dass ein starker sozialer Rückzug vorgelegen habe; was das aber bedeutet habe, von welchen Aktivitäten, sozialen Kontakten etc. sich der Versicherte zurückgezogen habe, sei nicht mitgeteilt worden. Beschrieben worden sei des Weiteren nicht eine rezidivierende depressive Störung (wie diagnostiziert), sondern eine chronische depressive Verstimmung. Gemäss dem Austrittsbericht der Psychiatrischen Klinik L.____ aus dem Jahr 2014 sei am Eintrittstag eine mittelgradige depressive Episode diagnostiziert worden. Das erscheine angesichts des psychopathologischen Status und angesichts der Anamnese als nachvollziehbar. Weiter sei angegeben worden, die depressive Symptomatik habe sich rasch aufgehellt; es habe eine gewisse Stabilisierung erreicht werden können. Gemäss dem Bericht seien eine mittelgradige depressive Episode, eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung und ein Verdacht auf eine kombinierte Persönlichkeitsstörung diagnostiziert worden. Die letztgenannte Diagnose treffe nicht zu. Dr. K.____ habe in ihrem Bericht vom 29. April 2016 eine



rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige bis schwere Episode, eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung und eine kombinierte Persönlichkeitsstörung angegeben. Die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung könne bestätigt werden. Die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung sei von Dr. K.____ nicht begründet oder hergeleitet worden. Angesichts des psychopathologischen Status sei schwer zu verstehen, dass Dr. K.____ keine Angaben zur psychopathologischen Kategorie 'Antrieb' gemacht habe. Auch sei unklar, ob sie eine Wahnsymptomatik gesehen habe oder nicht. Sie habe den Versicherten als stark misstrauisch bis paranoid bezeichnet, was aber nicht einem Wahn entspreche. Trotzdem habe Dr. K.____ angegeben, der Versicherte sei wahnhaft davon überzeugt, dass er bei jeglicher körperlichen Anstrengung bald sterben würde. Letzteres sei völlig unplausibel und entspreche in keiner Weise den recht umfangreichen, auch körperliche Belastungen enthaltenden Tagesaktivitäten des Versicherten, die dieser bei der aktuellen Untersuchung geschildert habe. Dass der Versicherte aufgrund seiner Selbstunsicherheit und seiner narzisstischen Persönlichkeitsanteile relativ schnell das Gefühl habe, dass andere über ihn redeten, sei nachvollziehbar. Die Realitätsprüfung sei aber nicht gestört, die Kriterien eines Wahns lägen eindeutig nicht vor. Nicht nachvollziehbar sei der Bericht von Dr. K.____ auch bezüglich der Selbst- oder gar Fremdgefährdung. Weder bei der teilstationären Behandlung 2011 noch bei der vollstationären Behandlung 2014 seien Hinweise auf eine Selbst- oder Fremdgefährdung gesehen worden.

B.d Dr. H.____ vom RAD notierte am 29. September 2016 (IV-act. 274), das Gutachten entspreche den geltenden Qualitätskriterien, weshalb auf es abgestellt werden könne. Somit stehe fest, dass sich der Gesundheitszustand des Versicherten im Vergleich zur Referenzlage in der Form des Gutachtens vom Januar 2006 nicht verändert habe. Die Arbeitsfähigkeit adaptiert betrage weiterhin 80%. Die IV-Stelle ermittelte ausgehend von einem Lohn des Versicherten als Bauarbeiter im Jahr 2004 ein aktuelles Valideneinkommen von Fr. 68'431.--. Diesem Valideneinkommen stellte sie ausgehend von einem statistisch ermittelten durchschnittlichen Hilfsarbeitereinkommen ein Invalideneinkommen von Fr. 47'846.-- (Fr. 66'453.-- x 0,8 x 0,9) gegenüber. Daraus resultierte ein Invaliditätsgrad von 30% (IV-act. 275). Mit einem Vorbescheid vom 10. Oktober 2016 kündigte sie dem Versicherten die Abweisung des Rentenbegehrens an (IV-act. 277). Am 23. November 2016 erliess sie eine Verfügung, mit der sie wie



angekündigt das Rentenbegehren abwies (IV-act. 279). Zur Begründung verwies sie auf den Invaliditätsgrad von 30%.

C.

C.a A.____ (Beschwerdeführer) liess am 9. Januar 2017 Beschwerde erheben und die Ausrichtung einer ganzen, eventualiter einer Dreiviertelsrente beantragen (act. G 1). Zur Begründung liess er ausführen, sein Gesundheitszustand habe sich seit dem 15. April 2008 offensichtlich verschlechtert. Im Gutachten aus dem Jahr 2016 seien lediglich die somatoforme Schmerzstörung und das chronische Schmerzsyndrom als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt worden. Das sei falsch, denn die Krankheitsbilder des Narzissmus und der Selbstunsicherheit seien nicht nur Persönlichkeitsakzentuierungen, sondern Persönlichkeitsstörungen mit "Krankheitsstatus". Damit hätten sich die "psychologischen Krankheitsbilder" gegenüber 2008 erheblich verschlechtert. Er sei höchstens noch zu 20% arbeitsfähig, zumal er nun auch an Asthma leide und Herzprobleme habe. Aus diesen neu aufgetretenen körperlichen Beschwerden resultierten Schlafprobleme, die sich negativ auf den psychischen Zustand auswirkten. Da er keinen körperlich anstrengenden Tätigkeiten nachgehen könne, dürfe nicht der Bruttolohn aus der Ziffer 9 der LSE-Tabelle 17 verwendet werden. Vielmehr müsse auf den niedrigsten Bruttolohn aus der Ziffer 94 derselben Tabelle abgestellt werden. Bei einem Arbeitsfähigkeitsgrad von 20% resultiere so ein Invalideneinkommen von Fr. 9'480.-- und damit ein Invaliditätsgrad von 76,2%. Allerdings müsse auch noch ein Tabellenlohnabzug von 25% berücksichtigt werden, da der Beschwerdeführer siebzehn Jahre im selben Betrieb gearbeitet habe, seit fast vierzehn Jahren aus dem Berufsleben ausgeschieden sei, 55 Jahre alt sei und völlig isoliert von der Gesellschaft lebe. Selbst bei einem Arbeitsfähigkeitsgrad von 80% betrüge der Invaliditätsgrad 44,6%, bei einem Tabellenlohnabzug von 25% sogar 69,6%, so dass ein Anspruch auf eine Dreiviertelsrente bestünde.

C.b Am 17. Januar 2017 liess der Beschwerdeführer eine Stellungnahme von Dr. K.____ vom 11. Januar 2017 zum psychiatrischen Gutachten der SMAB AG einreichen (act. G 4.1.1). Dr. K.____ hatte ausgeführt, sie sei einverstanden mit der Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (F45.4). Nicht bestätigen könne sie die



Diagnose einer anhaltenden affektiven Störung (F34.8). Das sei zu mild eingeschätzt. Effektiv bestehe eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen und ängstlich-unsicheren Anteilen (F61.0), die für die Arbeitsfähigkeit relevant sei. Der Beschwerdeführer lebe vollkommen zurückgezogen, habe keine Kontakte zu Menschen aus seiner Heimat, besuche keine N.____-Clubs und gehe auch nicht in die Moschee. Bei ihm bestünden eine Unzulänglichkeit/Scham und eine ausgesprochene Kritikempfindlichkeit. Der Beschwerdeführer meide die Gesellschaft, da er Kritik befürchte und seiner Umgebung kein Zeichen von Schwäche oder Unvollkommenheit zeigen wolle. Fremdanamnestic habe sie von einer der Töchter erfahren, wie tief verzweifelt, narzisstisch gekränkt und schwer depressiv er sich der eigenen Familie zeigen könne. Beim Beschwerdeführer bestünden die folgenden Kriterien einer kombinierten Persönlichkeitsstörung: Das abnorme Verhaltensmuster sei andauernd und gleichförmig und nicht auf Episoden psychischer Krankheiten beschränkt; das abnorme Verhaltensmuster sei tiefgreifend und in vielen persönlichen und sozialen Situationen eindeutig unpassend; die Störung führe zu einem deutlichen subjektiven Leiden (manchmal jedoch erst im späteren Verlauf); die Störung sei meistens mit deutlichen Einschränkungen der beruflichen und der sozialen Leistungsfähigkeit verbunden. Damit erfülle der Beschwerdeführer vier von sechs diagnostischen "Leitlinien". Er zeige ausserdem eine durchgehend depressiv-dysphorische Grundstimmung. Sie und auch die Hausärztin hätten immer wieder die Affektlabilität und die Impulsivität erlebt. Der Beschwerdeführer habe beispielsweise angegeben, dass es ihm egal wäre, wenn er den Rest seines Lebens im Gefängnis verbringen müsste. Das Misstrauen sei ausgeprägt; dass der Beschwerdeführer in der gutachterlichen Situation keine Andeutungen in diese Richtung gezeigt habe, sei selbstverständlich. Das sei aber kein Grund, ihre Angaben als nicht nachvollziehbar zu bezeichnen. Im Februar 2016 sei sie von der Hausärztin telephonisch über das Fremdgefährdungspotential des Beschwerdeführers informiert worden. Der Beschwerdeführer lebe in einem sozialen Rückzug mit einer paranoiden Verarbeitung der Umgebung. Er sei fast wahnhaft überzeugt, dass das Aneurysma plötzlich platzen könne und er dann sterben müsse. Die daraus entwickelten Panikattacken bestünden seit 2006. Dass der Beschwerdeführer in den letzten fünfzehn Jahren keinen Weg in die Arbeitswelt gefunden habe und dass das mit grösster Wahrscheinlichkeit so bleiben werde, stehe im Widerspruch zur gutachterlichen Arbeitsfähigkeitsschätzung. Am 21.



März 2017 liess der Beschwerdeführer eine Stellungnahme seiner Hausärztin einreichen (act. G 11). Diese hatte gestützt auf einen Bericht des Röntgeninstituts O.____ vom 26. Juli 2016 (der dem Sachverständigen der SMAB AG vorgelegen hatte) ausgeführt, der Befund zeige eine ausgeprägte Skoliose im Bereich der LWS mit einer fortgeschrittenen Spondylosis und eine Spondylarthrose, welche die Beschwerden erklärten.

C.c In ihrer Beschwerdeantwort vom 30. März 2017 beantragte die Beschwerdegegnerin dem Gericht die Abweisung der Beschwerde (act. G 13). Zur Begründung machte sie geltend, das SMAB-Gutachten entspreche den Anforderungen der Rechtsprechung, so dass auf es abgestellt werden könne. Der Sachverständige der SMAB AG habe das Ergebnis der Röntgenabklärung vom 26. Juli 2016 berücksichtigt; seine klinische Untersuchung habe keine wesentliche Einschränkung der Wirbelsäule gezeigt. Im Übrigen verwies die Beschwerdegegnerin auf eine (der Beschwerdeantwort beiliegende) Stellungnahme von Dr. med. P.____, Psychiater beim RAD, vom 23. März 2017 zu den Ausführungen von Dr. K.____. Dr. P.____ hatte dort ausgeführt, eine Persönlichkeitsstörung sei bereits im Kindes- oder im frühen Erwachsenenalter beobachtbar. Dass bei der stationären Behandlung im Jahr 2011 keine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert worden sei, spreche dafür, dass das erforderliche Zeitkriterium nicht erfüllt sei. Im Gutachten aus dem Jahr 2006 sei festgehalten worden, dass der Beschwerdeführer angegeben habe, er sei bis 2002 völlig gesund gewesen. Auch das spreche gegen eine Persönlichkeitsstörung. Die Auffassung von Dr. K.____, dass die Beurteilung, ob eine Persönlichkeitsstörung vorliege oder nicht, bei einer Untersuchungsdauer von 80 Min. gar nicht möglich sei, könne nicht geteilt werden. Der psychiatrische Sachverständige der SMAB AG habe nämlich über umfangreiche Akten verfügt, die es ihm erlaubt hätten, den Verlauf der Persönlichkeitsakzentuierung zu verfolgen. Da Dr. K.____ selbst nur von einem "fast" wahnhaften Verhalten ausgehe und da im früheren Gutachten eine Wahnsymptomatik fehle, müsse davon ausgegangen werden, dass keine Persönlichkeitsstörung vorliege. Die von Dr. K.____ beobachtete klinische Symptomatik sei mit einer zunehmenden Verbitterung des Beschwerdeführers zu erklären. Diese werde durch die Diagnose der akzentuierten Persönlichkeitszüge (narzisstisch, selbstunsicher) plausibel abgebildet. Von einer weiteren medizinischen Abklärung sei kein Erkenntnisgewinn zu erwarten.



St.Galler Gerichte

C.d In der Replik vom 22. Juni 2017 (act. G 20) liess der Beschwerdeführer geltend machen, das Gutachten der SMAB AG weise in seinem orthopädischen Teil einen Widerspruch auf. Einerseits werde eine mittelschwere bis schwere Tätigkeit als nicht dem Belastungsprofil entsprechend bezeichnet, andererseits werde eine leidensadaptierte Tätigkeit, für die eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit bestehe, als leicht bis mittelschwer definiert. Die Asthmaerkrankung und das erweiterte Herzgefäss seien im orthopädischen Teilgutachten gar nicht berücksichtigt worden. In Bezug auf die Frage nach dem Bestehen einer Persönlichkeitsstörung sei auf den Bericht über den stationären Aufenthalt in der psychiatrischen Klinik L.____ hinzuweisen, in dem ein Verdacht auf eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen und ängstlich-unsicheren Anteilen geäussert worden sei. Der Kontakt zur Familie sei nicht gut und nehme als Folge der psychischen Probleme weiter ab. Dem habe der psychiatrische Sachverständige der SMAB AG nicht genügend Rechnung getragen. Es sei mehr als plausibel, dass eine Persönlichkeitsstörung vorliege. Zudem müsse davon ausgegangen werden, dass es sich bei der im Gutachten der SMAB AG angegebenen chronischen depressiv dysphorischen Verstimmung um einen Rückfall in eine depressive Episode handle. Der Beschwerdeführer verbringe inzwischen den ganzen Tag im Haus, vor dem TV oder im Bett.

C.e Die Beschwerdegegnerin verzichtete am 29. Juni 2017 auf eine Duplik (act. G 22).

Erwägungen

1.

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn glaubhaft gemacht wird, dass sich der Invaliditätsgrad in einer anspruchserheblichen Weise geändert habe (Art. 87 Abs. 3 i.V.m. Abs. 2 IVV). Das Versicherungsgericht hat mit seiner Entscheid vom 15. April 2008 einen Rentenanspruch des Beschwerdeführers verneint. Sowohl auf die Neuansmeldung zum Rentenbezug vom 3. November 2011 als auch auf diejenige vom 13. Juni 2014 ist die Beschwerdegegnerin nicht eingetreten. Mit seiner dritten Neuansmeldung, die er am 17. März 2016 eingereicht hat, hat der Beschwerdeführer also glaubhaft machen müssen, dass sich sein Invaliditätsgrad nach dem 3. April 2006



(der abweisende Entscheid des Versicherungsgerichts hatte sich auf die Sachverhaltsentwicklung bis zum Erlass der damals angefochtenen Abweisungsverfügung am 3. April 2006 beschränkt) auf wenigstens 40% erhöht habe. Dazu hat der Beschwerdeführer ein Zeugnis von Dr. K.____ vom 29. April 2016 einreichen lassen, laut dem sich eine seit Jahren bestehende Persönlichkeitsstörung so intensiviert hatte, dass die Arbeitsfähigkeit auf 20% gesunken war und zudem nur noch in einer geschützten Umgebung verwertet werden konnte. Dies ist vom RAD korrekt als glaubhaft qualifiziert worden. Somit ist die Beschwerdegegnerin zu Recht auf die Neuanmeldung vom 17. März 2016 eingetreten.

2.

Eine versicherte Person, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern kann, die während eines Jahres durchschnittlich mindestens 40 Prozent arbeitsunfähig gewesen ist und die nach dem Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 Prozent invalid ist, hat gemäss dem Art. 28 Abs. 1 IVG einen Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung. Laut dem Art. 28a Abs. 1 IVG in Verbindung mit dem Art. 16 ATSG wird für die Bemessung der Invalidität das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach dem Eintritt der Gesundheitsbeeinträchtigung und nach der Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei einer ausgeglichenen Arbeitsmarktlage erzielen könnte (zumutbares Invalideneinkommen), in Beziehung zu jenem Erwerbseinkommen gesetzt, das sie erzielen könnte, wenn sie gesund geblieben wäre (Valideneinkommen).

3.

Die Grundlage der Bemessung des Invalideneinkommens bilden die Art und die Qualität der noch zumutbaren (sog. behinderungsadaptierten) Erwerbstätigkeit und die in einer solchen Erwerbstätigkeit noch bestehenden Arbeitsfähigkeit.

3.1 Der Beschwerdeführer hat bei der orthopädisch-rheumatologischen Untersuchung durch den Sachverständigen der SMAB AG zwar Schmerzen, aber keine



Schmerzausstrahlungen angegeben. Der Sachverständige hat bei der klinischen Untersuchung keine wesentliche Einschränkung der Wirbelsäule festgestellt. Der Beschwerdeführer hatte denn auch entspannt und ohne eine Schmerzfehlhaltung einzunehmen auf dem Stuhl sitzen können. Das hat auch der psychiatrische Sachverständige der SMAB AG während seiner Exploration des Beschwerdeführers beobachtet. Die neurologische Untersuchung hat keine radikulären Defizite ergeben. Es hat also eine erhebliche Diskrepanz zwischen den Schmerzangaben des Beschwerdeführers und den klinisch erhobenen Befunden einerseits und den bei der Untersuchung feststellbaren Schmerzzeichen andererseits bestanden. Die Frage, ob die von der Hausärztin gestützt auf die (dem Sachverständigen vorliegende) bildgebende Untersuchung vom 26. Juli 2017 vertretene Auffassung, dass der entsprechende Befund die geklagten Schmerzen objektiv erkläre, richtig sei oder ob der Sachverständige der SMAB AG mit seiner Auffassung recht habe, kann vom Gericht nur anhand der von der Hausärztin und vom Sachverständigen gelieferten Begründungen beantwortet werden. Bei der Würdigung der beiden Begründungen ist Folgendes zu beachten: Es ist unwahrscheinlich, dass der Beschwerdeführer im Verlauf der klinischen orthopädisch-rheumatologischen Untersuchung sich dissimulierend verhalten, d.h. körperliche Anzeichen einer Schmerzempfindung praktisch vollständig unterdrückt haben sollte, während er doch gleichzeitig gegenüber dem Sachverständigen generell, also nicht bezogen auf die jeweilige Untersuchungssituation, über Schmerzen geklagt hat. Das Ergebnis der klinischen Untersuchung ist also als Begründung für die vom Sachverständigen angegebenen Diagnosen und damit auch für die Einschätzung der Qualität und der Stärke der objektiv bestehenden Schmerzen deutlich überzeugender als die Begründung der Hausärztin für deren Einschätzung. Von Seiten der medizinischen Sachverständigen wird nämlich immer wieder darauf hingewiesen, dass ein und derselbe bildgebend erhobene Befund bei dem einen Patienten starke Schmerzen auslöst, während er bei einem anderen Patienten keine oder nur geringfügige Schmerzen bewirkt. Bei der Abschätzung der Überzeugungskraft der Begründungen des Sachverständigen der SMAB AG und der Hausärztin des Beschwerdeführers gilt es weiter zu beachten, dass behandelnde Ärzte zu ihren Patienten in einem oft langjährigen therapeutischen Verhältnis stehen, das sehr häufig zur Folge hat, dass die Schmerzschilderungen geglaubt werden, zumal wenn – bei gleichzeitiger Erfolglosigkeit der Therapie – mit



Vehemenz konsequent immer weiter über Schmerzen geklagt wird. Das immer wieder vorgebrachte Argument, erst die langdauernde Beobachtung und Behandlung eines Patienten durch den behandelnden Arzt erlaube eine objektive Beurteilung, ist also nicht stichhaltig. Die Begründung des Sachverständigen, der den Beschwerdeführer orthopädisch-rheumatologisch begutachtet hat, für die erhobenen Diagnosen und deren Stärkegrad ist also deutlich überzeugender als diejenige der Hausärztin. Der Beschwerdeführer hat im Zusammenhang mit der orthopädisch-rheumatologischen Begutachtung weiter geltend machen lassen, die Angaben der Sachverständigen zur Qualität der noch zumutbaren Erwerbstätigkeit seien widersprüchlich, weil dieser mittelschwere Tätigkeiten als zu 100% unzumutbar und gleichzeitig als zu 100% zumutbar bezeichnet habe. Effektiv hat der Sachverständige aber ausgeführt, mittelschwere (und schwere) Tätigkeiten entsprächen dem Belastungsprofil des Beschwerdeführers nicht mehr. Gemeint ist damit offensichtlich, dass eine Erwerbstätigkeit, die durchgehend aus körperlich mittelschweren Arbeiten besteht, nicht mehr zumutbar ist. Immer noch zumutbar sind aber leichte bis mittelschwere Erwerbstätigkeiten, d.h. Tätigkeiten, die aus einem Mix von körperlich leichten und körperlich mittelschweren Arbeiten bestehen, wobei das Lastentragen auf 15 kg beschränkt ist und nicht ständig Zwangshaltungen eingenommen werden müssen. In einer solchen Erwerbstätigkeit besteht insgesamt eine erheblich geringere Belastung als bei einer Erwerbstätigkeit, die nur mittelschwere Arbeiten beinhaltet. Bei einer richtigen Interpretation besteht also kein Widerspruch in der Umschreibung der (aus rein somatischer Sicht) behinderungsadaptierten Tätigkeit. Für eine solche Tätigkeit ist der Beschwerdeführer aus rein somatischer Sicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu 100% arbeitsfähig.

3.2 Der psychiatrische Sachverständige der SMAB AG hat im Gutachten vom 19. September 2016 als einzige arbeitsfähigkeitsrelevante Diagnose eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung angegeben. Er hat das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung und einer depressiven Störung verneint. Stattdessen hat er als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Persönlichkeitsakzentuierung mit selbstunsicheren und narzisstischen Anteilen und eine sonstige anhaltende affektive Störung angegeben. Bezüglich der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, die im Übrigen auch von der behandelnden Psychiaterin Dr. K.____ diagnostiziert worden ist, hat er festgehalten, die Schmerzsymptomatik sei



organmedizinisch nicht vollständig erklärbar. Der leistungsorientierte Beschwerdeführer habe seine körperlich schwere Tätigkeit aus orthopädischen Gründen nicht mehr ausüben können und sei dadurch in eine schwierige finanzielle und soziale Situation geraten. Daraus habe sich auf der Grundlage einer dysfunktionalen, aber intrapsychisch entlastenden psychogenen Schmerzüberlagerung die anhaltende somatoforme Schmerzstörung entwickelt. Diese Begründung für die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung weicht nicht von den Angaben früherer Behandler ab. Sie entspricht auch der Einschätzung von Dr. K.____. Demnach ist mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass der Beschwerdeführer an einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung leidet. Der psychiatrische Sachverständige hat eine Persönlichkeitsstörung verneint bzw. das Vorliegen einer Persönlichkeitsakzentuierung damit erklärt, dass der Beschwerdeführer bis 2002 in beruflicher, familiärer und sozialer Hinsicht sehr leistungsfähig gewesen sei, was klar gegen eine Persönlichkeitsstörung spreche. Tatsächlich enthalten die diagnostischen Leitlinien für unspezifische Persönlichkeitsstörungen (ICD-10 F60, auf den ICD-10 F62.0 verweist) das Kriterium, dass eine Störung immer in der Kindheit oder Jugend beginne und sich dann auf Dauer im Erwachsenenalter manifestiere (vgl. Dilling/Mombour/Schmidt [Hrsg.], ICD-10, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, 10. überarbeitete Auflage 2015, S. 276 f.). Tatsächlich fehlt jeder Hinweis darauf, dass sich in der Kindheit oder Jugendzeit des Beschwerdeführers eine Persönlichkeitsstörung angekündigt hätte. Dr. K.____ hat sich mit diesem Argument des psychiatrischen Sachverständigen nicht auseinandergesetzt. Sie hat gestützt insbesondere auf die Angaben einer Tochter des Beschwerdeführers angenommen, dass letzterer vollkommen zurückgezogen lebe und die Gesellschaft meide, weil er eine Kritik fürchte und keine Zeichen von Schwäche oder Unvollkommenheit zeigen wolle. Der psychiatrische Sachverständige hat nach der Meinung von Dr. K.____ diesbezüglich eine zu milde Einschätzung des Verhaltens des Beschwerdeführers vorgenommen. Die Angaben des Beschwerdeführers im Rahmen der Anamneseerhebung durch den psychiatrischen Sachverständigen sprechen gegen die Einschätzung von Dr. K.____. Der Beschwerdeführer hat nämlich angegeben, er mache meist zweimal am Tag einen Spaziergang von etwa einer Stunde. Gelegentlich, wenn seine Ehefrau einmal nicht da sei, koche er selbst ein einfaches Mittagessen. Weiter beteilige er sich nicht an der Besorgung des Haushalts, einerseits wegen der Schmerzen und andererseits weil es in



seiner Kultur nicht üblich sei. Er schaue fern (Nachrichten, Sport), gehe ins Internet und lese die Zeitung. Nach dem Nachtessen unterhalte er sich mit seiner Ehefrau und seinen Kindern. Er telefoniere ein bis zweimal im Monat mit seinen Geschwistern in Q.____. Zu den Nachbarn habe er einen oberflächlichen Kontakt. Von den Kollegen habe er sich zurückgezogen, da er sie nur langweilen würde, so dass sie dann sowieso weggehen würden. Er fahre Auto (kurze Strecken) und benütze öffentliche Verkehrsmittel. Einmal im Jahr mache er mit seiner Familie eine Woche Ferien im Q.____. Er besuche dann seine Geschwister und wohne auch bei ihnen. Hinweise darauf, dass der Beschwerdeführer sein Alltagsleben zu positiv geschildert hätte, fehlen vollständig. Diese Selbstangaben decken sich nicht mit der Sichtweise von Dr. K.____. Die Angaben einer Tochter des Beschwerdeführers zeigen zwar einige von der Norm abweichende Verhaltensweisen (wie etwa die fast zwangshafte Ordentlichkeit und Sauberkeit und den Umstand, dass der Beschwerdeführer andere Personen darauf aufmerksam macht, dass sie einen Fehler begangen hätten), aber diese Auffälligkeiten belegen nicht, dass das Verhalten des Beschwerdeführers in vielen persönlichen und sozialen Situationen eindeutig unpassend wäre. Hinzu kommt, dass in den Angaben der Tochter jeder Hinweis auf die von Dr. K.____ besonders herausgestrichene Todesangst wegen des Aneurysmas und auf die behauptete Selbst- und Fremdgefährdung fehlt. Das lässt - ebenso wie die Überschätzung der übrigen von der Norm abweichenden Verhaltensweisen des Beschwerdeführers - darauf schliessen, dass Dr. K.____ ein Bild des Beschwerdeführers vor Augen hat, das erheblich von der Realität abweicht. Daraus folgt, dass die Annahme von Dr. K.____, vier von sechs Kriterien der diagnostischen Leitlinien für eine Persönlichkeitsstörung seien erfüllt, nicht zu überzeugen vermag. Die Angaben der Tochter des Beschwerdeführers lassen sich auch durch die vom psychiatrischen Sachverständigen der SMAB AG diagnostizierte Persönlichkeitsakzentuierung mit selbstunsicheren und narzisstischen Anteilen erklären. Die Persönlichkeitsstörung taucht zudem nur in einer der früheren psychiatrischen Vorakten auf, nämlich im Austrittsbericht der Psychiatrischen Klinik L.____ vom 6. Juni 2014 und auch dort nur als ein Verdacht auf das Vorliegen dieser Krankheit. Allerdings ist nicht erklärt worden, worauf sich dieser Verdacht stützte. Es dürfte sich um eine blosser Übernahme der Angaben von Dr. K.____ im Zuweisungsschreiben gehandelt haben. Zusammenfassend vermögen die Ausführungen von Dr. K.____ die Überzeugungskraft der vom psychiatrischen



Sachverständigen der SMAB AG gestellten Diagnose einer Persönlichkeitsakzentuierung mit selbstunsicheren und narzisstischen Anteilen nicht zu erschüttern; insbesondere vermögen sie die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung nicht zu belegen. Der psychiatrische Sachverständige hat als Drittes eine sonstige anhaltende affektive Störung diagnostiziert. Er hat zur Begründung ausgeführt, der Beschwerdeführer habe sich in einer bedrückt-besorgten, teilweise auch dysphorischen Grundstimmung gezeigt, seine affektive Schwingungsfähigkeit sei leicht reduziert gewesen. Aber es hätten sich weder eine Affektlabilität oder Affektinkontinenz noch eine Interesselosigkeit, ein ausgewiesener Rückzug oder eine Anhedonie gezeigt. Der Beschwerdeführer habe das einzige ihm von Dr. K.____ verschriebene Medikament Citalopram nicht regelmässig eingenommen. Bereits im Gutachten der Medas Ostschweiz aus dem Jahr 2006 sei eine deutliche depressiv-dysphorische Begleitsymptomatik beschrieben worden, wobei aber keine depressionsbezogene Diagnose gestellt worden sei, weil die depressiven Symptome im Zusammenhang mit den Schmerzen gesehen worden seien. In den Jahren 2011 (teilstationäre Behandlung) und 2014 (stationäre Behandlung) sei es jeweils vorübergehend für einige Monate zu einer Verstärkung der depressiven Symptomatik gekommen. Davon abgesehen liege aber wohl seit 2006 eine sonstige anhaltende affektive Störung vor. Dr. K.____ hat in ihrer Stellungnahme vom 11. Januar 2017 den Umstand, dass schon bei der teilstationären Behandlung im Jahr 2011 eine rezidivierende depressive Störung, ggw. leichtgradige depressive Episode, und bei der stationären Behandlung im Jahr 2014 eine mittelgradige depressive Episode diagnostiziert wurden, als Beleg dafür betrachtet, dass durchgehend eine (arbeitsfähigkeitsrelevante) Depression bestanden habe, der psychiatrische Sachverständige also auch in dieser Hinsicht den Zustand des Beschwerdeführers falsch eingeschätzt habe. Sie hat sich dazu wieder auf die Todesängste des Beschwerdeführers im Hinblick auf das Aneurysma (mit Panikattacken seit 2006) und auf die Selbst- und Fremdgefährdung berufen und ausserdem den Umstand, dass der Beschwerdeführer nicht in die Arbeitswelt zurückgefunden habe, angeführt. Dem ist wiederum entgegen zu halten, dass die Tochter des Beschwerdeführers in ihren Ausführungen weder auf die angeblichen Todesängste noch auf die angebliche Selbst- und Fremdgefährdung hingewiesen hat. Es ist sehr unwahrscheinlich, dass sie dies unterlassen hätte, wenn die Situation so gewesen wäre, wie sie Dr. K.____ unterstellt. Hinzu kommt, dass der Beschwerdeführer



wohl nicht jedes Jahr mit dem Flugzeug für eine Woche nach Q.____ verreisen würde, wenn er wegen seines Aneurysmas tatsächlich Todesängste ausstehen würde. Die Bemerkung des Beschwerdeführers, dass es ihm egal wäre, wenn er, wie ein Kollege in seinem Heimatdorf, den Rest seines Lebens im Gefängnis verbringen müsste, ist kein "Beweis" für eine Selbstgefährdung, denn dabei kann es sich auch um einen nicht wirklich ernst gemeinten Ausdruck der dysphorischen Stimmung gehandelt haben. Dass der Beschwerdeführer nicht in die Arbeitswelt zurückgefunden hat, dürfte darin begründet sein, dass er keinem äusseren Druck ausgesetzt gewesen ist, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen und ein Einkommen zu erzielen. Seine Familie hat sein Verhalten, wie insbesondere die Ausführungen der Tochter zeigen, als das unvermeidbare Ergebnis einer die Arbeitsfähigkeit vollständig aufhebenden Erkrankung akzeptiert und die Töchter (und allenfalls auch die Sozialhilfe) haben verhindert, dass der Beschwerdeführer aus finanziellen Gründen gezwungen gewesen wäre, wieder einer Erwerbstätigkeit nachzugehen, um den Lebensbedarf der Familie zu decken. Auch im Zusammenhang mit der depressiven Komponente der Beeinträchtigung der Psyche des Beschwerdeführers vermag die Begründung von Dr. K.____ für die Diagnose einer Depression nicht zu überzeugen. Sie ist auch nicht geeignet, Zweifel an der Richtigkeit der Diagnose des psychiatrischen Sachverständigen der SMAB AG zu wecken. Da auch keine anderen Indizien dafür erkennbar sind, dass die Diagnose des psychiatrischen Sachverständigen falsch sein könnte, steht diese mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit fest. Der psychiatrische Sachverständige hat gestützt auf die von ihm erhobenen Befunde eine Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers für jegliche Art von Erwerbstätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 20% angegeben. Da der orthopädisch-rheumatologische Sachverständige für eine der körperlichen Beeinträchtigung angepasste Erwerbstätigkeit eine volle Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers angenommen hat, kann die bei der Konsensbeurteilung festgestellte Arbeitsunfähigkeit von 20% nur auf der Beeinträchtigung in der psychischen Gesundheit beruht haben. Aus der Sicht eines medizinischen Laien haben die Ursachen dieser Arbeitsunfähigkeit, die Fähigkeitsstörungen in den Bereichen Durchhaltefähigkeit, Flexibilität/Umstellungsfähigkeit und Selbstbehauptungsfähigkeit, mit Ausnahme wohl der Durchhaltefähigkeit, keinen ohne weiteres erkennbaren Zusammenhang mit den durch die anhaltende somatoforme Schmerzstörung bewirkten Schmerzempfindungen. Sie sind eher als die Folgen einer depressiven



Erkrankung bekannt, an der es hier aber nach den überzeugenden Angaben des psychiatrischen Sachverständigen fehlt. Trotzdem ist davon auszugehen, dass derartige Fähigkeitsstörungen beim Beschwerdeführer vorliegen, zumal Dr. P.____ vom RAD dies ohne weiteres als medizinisch plausibel betrachtet hat. Dass diese Fähigkeitsstörungen allerdings in einer aus psychiatrischer Sicht adaptierten Hilfsarbeit, in der nur ein geringer Bedarf nach Flexibilität/Umstellungsfähigkeit besteht, eine Reduktion der Arbeitsfähigkeit bewirken sollten, leuchtet nicht ein. Weil es sich um eine gleichförmige Routinearbeit handelt, bei der die Selbstbehauptungsfähigkeit kaum gefordert ist, und weil die zu leistende Arbeit nach Art und Umfang vorgegeben ist und ohne übermässigen Leistungsdruck erbracht werden kann, fehlt eine überzeugende Begründung dafür, dass die genannten Fähigkeitsstörungen eine deutliche Arbeitsunfähigkeit zur Folge haben sollen. Erst recht fehlt eine Begründung dafür, dass sich die Arbeitsunfähigkeit gerade auf 20% (und nicht auf 10% oder sogar auf 0%) belaufen soll. Damit fehlt eine ausreichende Begründung für den letzten Schritt bei der Ermittlung des Arbeitsfähigkeitsgrades. Wenn man die Untersuchungspflicht konsequent erfüllen müsste, würde das an sich eine Ergänzung der Sachverhaltsermittlung erfordern. Natürlich kommt aber auch hier der Verhältnismässigkeitsgrundsatz zur Anwendung, d.h. die Ergänzung der Sachverhaltsermittlung kann unterbleiben, wenn die Invaliditätsbemessung auf der Grundlage des bereits bekannten Teils des massgebenden Sachverhalts eine abschliessende Beurteilung eines allfälligen Rentenanspruchs des Beschwerdeführers erlaubt. Das ist der Fall, denn es steht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit fest, dass der Arbeitsfähigkeitsgrad maximal 20% beträgt. Liefert das aus einem Arbeitsfähigkeitsgrad von 80% resultierende zumutbare Invalideneinkommen einen Invaliditätsgrad von weniger als 40%, so wäre es unverhältnismässig, noch auf einer genauen Festlegung des Arbeitsfähigkeitsgrades des Beschwerdeführers in einer in jeder Hinsicht adaptierten Hilfsarbeit zu beharren. Der Ermittlung des zumutbaren Invalideneinkommens ist deshalb (vorläufig) ein Arbeitsfähigkeitsgrad von 20% zugrunde zu legen.

4.

Da der Beschwerdeführer den erlernten Beruf des Heizungsmonteurs zumindest in der Schweiz nie ausgeübt hat und da dieser Beruf unter Berücksichtigung der körperlichen



Beeinträchtigung des Beschwerdeführers nicht behinderungsadaptiert ist, so dass von einem Arbeitsunfähigkeitsgrad von 100% auszugehen ist, kommt er als Invalidenkarriere nicht in Frage. Das gilt auch für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Bauhilfsarbeiter, für welche die Sachverständigen der SMAB AG ausdrücklich eine vollständige Arbeitsunfähigkeit angegeben haben. Zur Verwertung der verbliebenen Arbeitsfähigkeit von (wenigstens) 80% kommt also nur eine behinderungsadaptierte Hilfsarbeit in Frage. Zur Ermittlung des in einer solchen Hilfsarbeit erzielbaren Invalideneinkommens ist praxisgemäss auf die Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik abzustellen. Da ein Rentenanspruch ab 2016 zu prüfen ist, ist die Lohnstrukturerhebung 2016 massgebend. Auszugehen ist vom Zentralwert der Hilfsarbeiterlöhne aller Branchen, denn der Beschwerdeführer könnte in praktisch allen Branchen eine behinderungsadaptierte Hilfsarbeit ausüben. Gemäss der Tabelle A1 der Lohnstrukturerhebung 2016 hat sich dieser Zentralwert (umgerechnet von 40 Wochenstunden auf den schweizerischen Durchschnitt aller Branchen von 41,7 Wochenstunden) auf Fr. 66'803.-- jährlich belaufen. Da der Arbeitsfähigkeitsgrad praxisgemäss dem Beschäftigungsgrad gleichzusetzen ist, muss der Zentralwert um 20% reduziert werden. Das entspricht einem Jahreslohn von Fr. 53'442.--. Der Beschwerdeführer kann nur noch körperlich adaptierte Hilfsarbeiten ausüben, die tiefe Anforderungen an seine Flexibilität, seine Umstellungsfähigkeit und seine Selbstbehauptungsfähigkeit stellen, die also innerhalb des gesamten Qualitätsspektrums der Hilfsarbeiten am unteren Rand liegen. Folglich muss davon ausgegangen werden, dass der erzielbare Lohn zu jenen 50% gehören würde, die unter dem Zentralwert liegen. Da die Anstellung des Beschwerdeführers aufgrund der psychischen Probleme im Vergleich zu einem gesunden zu 80% beschäftigten Hilfsarbeiter für den Arbeitgeber Nachteile (bzw. betriebswirtschaftlich betrachtet höhere indirekte Lohnkosten) zur Folge hätte (insbesondere der Bedarf nach besonderer Rücksichtnahme seitens der Vorgesetzten, der Arbeitskollegen und gegebenenfalls der anderen Mitarbeitenden, und die Unfähigkeit, bei betrieblichem Bedarf vorübergehend zu 100% oder sogar darüber hinaus tätig zu sein oder vorübergehend an einem nicht adaptierten Arbeitsplatz eingesetzt zu werden, die Gefahr von - längerfristig betrachtet - überdurchschnittlichen Krankheitsabsenzen usw.), so dass ein Abstellen auf den um 20% reduzierten Zentralwert notwendigerweise einen Soziallohnanteil in das Invalideneinkommen einfliessen liesse,



rechtfertigt sich ein Tabellenlohnabzug von 10%. Damit beläuft sich das zumutbare Invalideneinkommen auf Fr. 48'098.--. Da der Beschwerdeführer den erlernten Beruf des Heizungsmonteurs gar nie bzw. seit sehr langer Zeit nicht mehr ausgeübt hat, so dass er allein schon aufgrund des technischen Fortschritts in der entsprechenden Branche einer Wiedereinschulung bedürfte, kann die Validenkarriere nur in der fiktiven Tätigkeit als Bauhilfsarbeiter bestehen. Es ist sehr unwahrscheinlich, dass der Beschwerdeführer im Jahr 2016 immer noch für denselben Arbeitgeber wie bis 2003 tätig wäre. Deshalb ist auch zur Ermittlung des Valideneinkommens auf die Lohnstrukturhebung 2016 abzustellen, allerdings nicht auf den Zentralwert für alle Hilfsarbeiter, sondern auf denjenigen für die Baubranche. Dieser Zentralwert beläuft sich (umgerechnet von 40 Wochenstunden auf den Branchendurchschnitt von 41,4 Wochenstunden) auf Fr. 68'409.--. Die (maximale) behinderungsbedingte Erwerbseinbusse beträgt also Fr. 20'311.--. Das entspricht einem Invaliditätsgrad von (aufgerundet) 30%. Selbst bei einem maximalen Arbeitsunfähigkeitsgrad von 20% und einem Tabellenlohnabzug von 10% (der bei einem tieferen Arbeitsunfähigkeitsgrad ebenfalls tiefer ausfallen würde oder gar nicht gerechtfertigt wäre) resultiert demnach ein Invaliditätsgrad, der den Beschwerdeführer nicht zum Bezug einer Invalidenrente berechtigt. Damit besteht keine Notwendigkeit, in Bezug auf die Höhe des Arbeitsunfähigkeitsgrades in einer behinderungsadaptierten Hilfsarbeit weitere Angaben des psychiatrischen Sachverständigen der SMAB AG einzuholen.

5.

Da der Invaliditätsgrad des Beschwerdeführers unter 40% liegt, besteht kein Anspruch auf eine Invalidenrente. Die Beschwerdegegnerin hat das Rentenbegehren also zu Recht abgewiesen. Bei diesem Verfahrensausgang müsste der unterliegende Beschwerdeführer an sich die Gerichtskosten von 600 Franken bezahlen. Zuzugabe der Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung ist er aber von dieser Pflicht zu befreien. Da ihm auch die unentgeltliche Rechtsverteidigung bewilligt worden ist, hat der Staat seinem Rechtsvertreter eine Entschädigung auszurichten. Insgesamt ist von einem durchschnittlichen Vertretungsaufwand auszugehen, weshalb die Entschädigung praxisgemäss auf 80% von Fr. 3'500.--, also auf Fr. 2'800.-- festzusetzen ist. Sollten es seine wirtschaftlichen Verhältnisse dereinst gestatten, wird der Beschwerdeführer zur Nachzahlung der Gerichtskosten und zur Rückerstattung der



Entschädigung für die unentgeltliche Rechtsverteidigung verpflichtet werden können (Art. 99 Abs. 2 VRP i.V.m. Art. 123 ZPO).

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Der Beschwerdeführer wird von der Pflicht zur Bezahlung der Gerichtskosten von Fr. 600.-- befreit.

3.

Der Staat hat die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers mit Fr. 2'800.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen.